

Bachelor Arbeit zur Erreichung des Fachhochschuldiploms
,Bachelor of Arts in Sozialer Arbeit HES-SO'

HES-SO Valais - Wallis - Hochschule für Soziale Arbeit

Schizophrenie und Substanzstörung
Sozialpädagogische Ansätze des «betreuten Wohnens»
im Umgang mit der Komorbidität

Erarbeitet von: Sandra Heimberg und Manuela Pfammatter

Studienanfang: BAC 17/ Sozialpädagogik

Begleitende Dozentin: Barbara Waldis

Siders, 2. Juni 2020

Danksagung

Wir danken Frau Barbara Waldis, unserer Begleitdozentin der HES-SO Wallis, für ihre wertvollen Rückmeldungen auf unsere Fragen, sowie die hilfreichen Gedankenanstösse und konstruktiven Kommentare während des gesamten Prozesses unserer Arbeit.

Auch Frau Astrid Mattig, Dozentin der HES-SO Wallis, gehört unser Dank, da sie zusammen mit Barbara Waldis verantwortlich für das Bachelormodul war und uns die Methodik zum Erarbeiten einer Bachelorthesis lehrte.

Ein grosses Dankeschön gilt auch den drei Institutionen, welche sich bereit erklärten, uns einen Einblick in ihren Alltag zu gewähren, die Daten zu verwenden und uns so die Forschung ermöglichten. Zudem bedanken wir uns bei den drei Sozialpädagoginnen und den drei Bewohnenden, die sich zur Verfügung stellten, mit uns die Interviews und Beobachtungen durchzuführen. Sie haben uns ermöglicht, das Forschungsvorhaben umzusetzen und einen spannenden Einblick in ihre Arbeit und in ihren Alltag zu erhalten.

Wir danken auch Andrea Heimberg, Annabelle Breuer, Barbara Pfammatter und Andrea Zimmerli herzlichst für ihre Unterstützung durch das hilfreiche Korrekturlesen der Arbeit. Die Anmerkungen und Verbesserungsvorschläge waren sehr wertvoll.

Eidesstattliche Erklärung

«Hiermit versichern wir, dass der Text der Bachelorarbeit minimal 100'000 und maximal 120'000 Zeichen umfasst (ohne Inhaltsverzeichnis, Anhang, Literaturliste, Kopf- und Fusszeilen, Fussnoten und Leerschläge)».

«Hiermit versichern wir, dass wir die Bachelorarbeit selbständig verfasst und keine anderen als die angegebenen Quellen benutzt haben. Alle Ausführungen, die andern Texten wörtlich oder sinngemäss entnommen wurden, sind kenntlich gemacht. Die Arbeit war noch nie in gleicher oder ähnlicher Fassung Bestandteil einer Studien- oder Prüfungsleistung. Die Bachelor Thesis respektiert den Ethik-Kodex für die Forschung.»

The image shows two handwritten signatures in blue ink. The signature on the left is 'Pfammatter M' and the signature on the right is 'Skilleg'. Both are written in a cursive style.

Unterschrift der Verfasserinnen:

Abstract

Diese Bachelorarbeit befasst sich mit dem Thema der Komorbidität von Schizophrenie und Substanzstörung und betrachtet den sozialpädagogischen Umgang damit im betreuten Wohnen.

Der theoretische Rahmen geht auf die psychische Gesundheit und die verschiedenen Faktoren ein, welche in Wechselwirkung miteinander stehen und zu dieser beitragen. Die Erklärungsmodelle der Störungsbilder beschreiben mögliche Theorien über deren Entstehung. Es gibt kein Modell, das auf alle Menschen zutrifft, jedoch beinhalten solche Erklärungsansätze auch wichtige Faktoren, die im sozialpädagogischen Umgang zu beachten sind. Die beiden Störungsbilder kämpfen zudem mit unterschiedlichen Stigmatisierungen. Weiterführend sind verschiedene sozialpädagogische Ansätze bei den jeweiligen Störungsbildern im Umgang herausgearbeitet.

Empowerment und Recovery werden als Konzepte des betreuten Wohnens vorgestellt und beinhalten wichtige Aspekte, die auf den Umgang mit Menschen mit Schizophrenie und Substanzstörung angewendet werden und auf den Alltag des betreuten Wohnens zu übertragen sind. Sie zeigen weiterführende Ansätze im Umgang der Komorbidität von Schizophrenie und Substanzstörung auf.

Auf diesen theoretischen Erkenntnissen basierend sind die Hypothesen aufgestellt, dass Substanzstörungen und Schizophrenie einen unterschiedlichen Umgang erfordern, was bei Professionellen der Sozialpädagogik des betreuten Wohnens besondere Ansätze erfordert. Zudem erschweren strukturelle Bedingungen des betreuten Wohnens den Umgang mit der Komorbidität von Schizophrenie und Substanzstörung.

Durch eine vorgängige Dokumentenanalyse zu den Leitbildern der drei untersuchten Institutionen, sowie Interviews und Beobachtungen wird diesen Hypothesen nachgegangen. Anhand einer qualitativen Inhaltsanalyse werden die Ergebnisse ausgewertet.

Die Ergebnisse zeigen, dass im betreuten Wohnen der Mensch ganzheitlich betrachtet werden sollte und somit die Diagnosen in den Hintergrund fallen. Des Weiteren gibt es Ansätze, die den Umgang mit Schizophrenie und Substanzstörung erleichtern. Die Institutionen greifen beispielsweise bei Lästereien ein, um Stigmatisierungen entgegenzuwirken, pflegen eine offene Kommunikation und nehmen die Menschen mit ihren Anliegen und Ansichten ernst. Diese Ansätze sind jedoch individuell auf die Person anzuwenden. Die Reflexion des eigenen Denkens und Handelns ist dabei von grosser Bedeutung. Es hat sich zusätzlich gezeigt, dass strukturelle Bedingungen im betreuten Wohnen Vor- und Nachteile für die Professionellen der Sozialpädagogik, sowie für die Bewohnenden haben. Eine stetige Überprüfung ermöglicht einen professionellen Umgang mit dieser Diskrepanz.

Schlüsselbegriffe:

Schizophrenie. Substanzstörung. Komorbidität. Gesundheit. Resilienz. Empowerment. Recovery. Gesprächsführung. Stigmatisierung. Strukturelle Einschränkungen.

Inhalt

1 Einleitung	3
1.1 Beruflicher Kontext und Motivation	3
1.2 Fragestellung und Ziele	4
2 Forschungsort	5
3 Theoretischer Rahmen	6
3.1 Achse der psychischen Gesundheit und psychischen Krankheit.....	6
3.2 Erklärungsmodell Gesundheitsstörungen	8
3.3 Schizophrenie	9
3.3.1 Diagnose	9
3.3.2 Erklärungsmodell-Schizophrenie: Vulnerabilitäts-Stress-Modell.....	10
3.3.3 Stigmatisierung	11
3.3.4 Ansätze für den sozialpädagogischen Umgang	12
3.4 Substanzstörung.....	13
3.4.1 Diagnose	13
3.4.2 Erklärungsmodell Substanzstörung: Lebensführungsmodell	14
3.4.3 Stigmatisierung	15
3.4.4 Ansätze für den sozialpädagogischen Umgang	16
3.5 Komorbidität Schizophrenie und Substanzstörung.....	19
3.5.1 Erklärungsmodelle zur Komorbidität Schizophrenie und Substanzstörung..	19
3.5.2 Stigmatisierung	20
3.6 Konzepte des betreuten Wohnens.....	22
3.6.1 Empowerment.....	22
3.6.2 Recovery	24
3.7 Fazit des theoretischen Rahmens.....	25
3.7.1 Hypothesen.....	26
4 Forschungsvorgehen	28
4.1 Dokumentenanalyse	28
4.2 Beobachtung	28
4.3 Leitfadeninterview.....	29
4.4 Qualitative Inhaltsanalyse	30
4.5 Grenzen des Forschungsvorgehens	30

5 Ergebnisse der empirischen Untersuchung.....	32
5.1 Drei Modelle des betreuten Wohnens	32
5.1.1 Institution A.....	32
5.1.2 Institution B.....	33
5.1.3 Institution C.....	33
5.1.4 Fazit.....	34
5.2 Ergebnisse aus Interviews und Beobachtungen	35
5.2.1 Gesundheit	35
5.2.2 Resilienz	37
5.2.3 Empowerment.....	38
5.2.4 Gesprächsführung	40
5.2.5 Stigmatisierung.....	41
5.2.6 Strukturelle Einschränkungen	42
6 Synthese und Schlussfolgerung.....	44
6.1 Interpretation und Evaluation der Ergebnisse zu Hypothese 1	44
6.2 Schlussfolgerung zur Hypothese 1	47
6.3 Interpretation und Evaluation der Ergebnisse zu Hypothese 2.....	48
6.4 Schlussfolgerung zu Hypothese 2.....	50
6.5 Relevanz für die Soziale Arbeit	51
6.6 Reflexion der Ziele.....	52
6.7 Begrenzungen und weiterführende Forschung	54
7 Literaturangaben.....	55
8 Abbildungsverzeichnis	60

1 Einleitung

Unsere Bachelorarbeit befasst sich mit den Auswirkungen der Komorbidität einer Substanzstörung und Schizophrenie und betrachtet diese im Bereich des betreuten Wohnens. Das Thema wird aus der Sicht von sozialpädagogischen Begleitenden erarbeitet und diskutiert Ansätze im Umgang damit.

Den Begriff der Komorbidität erklärt Stieglitz (2019, 21) folgendermassen: «*Komorbidität (engl.: comorbidity) bedeutet allgemein das gemeinsame Auftreten verschiedener psychischer Störungen bei einer Person.*». Das Komorbiditätsprinzip ist gemäss Stieglitz (2019, 32) theoretisch wie auch klinisch sinnvoll, da es schwere Störungsbilder beinhaltet, sehr häufig auftritt und oft grössere Anforderungen an die Behandlung stellt. Verschiedene Untersuchungen beschreiben gemäss Gouzoulis-Mayfrank (2019, 108), dass Menschen mit einer Komorbidität vergleichsweise einen weniger guten Störungsverlauf aufzeigen.

Obwohl der Begriff «Doppeldiagnose» als Synonym für «Komorbidität» benutzt wird, haben wir uns bewusst entschieden, nur den Begriff «Komorbidität» zu verwenden. Der Begriff «Diagnose» assoziieren wir mit Krankheit und davon distanzieren wir uns in dieser Arbeit.

Unsere Arbeit stützt sich auf ICD¹-10 als Klassifikationssystem der WHO² und beschreibt die Störungsbilder anhand ihrer Diagnosen. Aus diesem Grund wird der Begriff «Substanzstörung» verwendet, da dieser auch in der ICD-10 verwendet wird.

Die beiden Störungsmodelle werden anhand von Erklärungsmodellen aufgezeigt, um mögliche Gründe, wie es zu der Störung gekommen ist, zu klären. Dies schafft ein besseres Verständnis, jedoch wird ein kritischer Umgang aufgezeigt.

1.1 Beruflicher Kontext und Motivation

Unsere Praktika absolvierten wir beide im Bereich Sozialpädagogische Betreuung von Menschen mit einer psychischen Störung. Unsere Erfahrungen haben gezeigt, dass sich Substanzstörungen und Schizophrenie gegenseitig beeinflussen und so Psychodynamiken auslösen. Wir empfinden es als sehr spannend, die verschiedenen sozialen Probleme einzeln zu beschreiben und Einflüsse miteinander zu verknüpfen.

Wir haben uns auf das besondere Störungsmodell von Substanzstörung in Kombination mit Schizophrenie fokussiert, welches in der Gesellschaft, sowie auch in der Literatur, häufig diskutiert wird. Eine Eingrenzung des Themas auf ein spezifisches Störungsmodell erscheint uns sinnvoll, da es eine vertiefte Auseinandersetzung zulässt und es uns ermöglicht, detaillierter in die Thematik einzutauchen.

¹ International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems

² Die WHO ist die Weltgesundheitsorganisation (engl.: World Health Organization). Im folgenden Text wird die Abkürzung WHO gebraucht.

Es ist nicht einfach die Situation für die Bewohnenden zu verbessern. Das hat sich bereits in unseren Praktika gezeigt, denn der Umgang mit Komorbidität im sozialpädagogischen Alltag ist herausfordernd.

Wir haben den Fokus auf den Bereich des betreuten Wohnens gelegt, weil dabei auf die Menschen mit Schizophrenie und Substanzstörung und ihre Freizeit und Alltagsgestaltung eingegangen wird. Ein wichtiges Anliegen ist, Verständnis und Empathie für die Menschen mit Schizophrenie und Substanzstörung zu fördern, denn wir haben das Gefühl, dass dies in der Praxis manchmal zu kurz kommt. Um dies zu erreichen, erachten wir das Wählen der Bezeichnung der Klientel als zentral.

Wir schreiben «Menschen mit Schizophrenie und Substanzstörung» bewusst aus und nennen sie nicht Betroffene, da wir «Betroffene» mit den Begriffen «Leidtragende» oder «Opfer» assoziieren. Wir sehen Menschen mit psychischen Störungen und Substanzabhängigkeiten nicht als «Opfer» ihrer Störung und finden daher den Begriff «Betroffene» unpassend.

1.2 Fragestellung und Ziele

Wir haben folgende Fragestellung und Ziele formuliert:

Was sind sozialpädagogische Ansätze im Bereich «betreutes Wohnen» im Umgang mit der Komorbidität von Schizophrenie und Substanzstörung?

Theorie

Unser Ziel ist es, Komorbidität von Schizophrenie und Substanzstörung in ihrer wechselseitigen Beeinflussung darzustellen und besondere Merkmale der beiden Störungen aufzuzeigen. Weiter möchten wir Ansätze im Umgang mit Menschen mit Schizophrenie und Substanzstörung für die Professionellen der Sozialpädagogik darlegen.

Methodik

Anhand einer Dokumentenanalyse, Interviews und Beobachtungen werden unsere methodischen Kompetenzen erweitert.

Praxis

Im Praxis-Teil ist es unser Ziel, sozialpädagogische Ansätze im Umgang mit Menschen mit Schizophrenie und Substanzstörung im betreuten Wohnen und allenfalls Verbesserungsmöglichkeiten im Umgang des betreuten Wohnens aufzuzeigen.

Die Ziele stellen den roten Faden für die Arbeit dar. Mit diesen Zielen decken wir alle Teile der Arbeit ab und zeigen den Aufbau auf. Der Bezug zur Praxis ist für uns zentral und stellt den wichtigsten Teil der Arbeit dar.

2 Forschungsort

In unserer Arbeit legen wir den Fokus auf Professionelle mit einer sozialpädagogischen Ausbildung, die in einer Institution des betreuten Wohnens arbeiten. Dabei ist Voraussetzung, dass sie mit Erwachsenen mit Schizophrenie und Substanzstörungen zusammenarbeiten. Aus ethischen Gründen haben wir unsere Fragestellung bewusst auf die Perspektive der Professionellen beschränkt, da Interviews mit Menschen mit einer Schizophrenie möglicherweise Reaktionen in ihrem Krankheitsverlauf auslösen, die wir als Externe nicht tragen könnten und wollten.

Wohnen zählt gemäss Gühne, Stein, Weinmann, Becker und Riedel-Heller (2017, online) zu einem der grundlegenden Bedürfnisse des Menschen. Es sei ein wichtiger Platz, um sich in seiner Individualität auszuleben und diene als persönlicher Schutzraum oder Rückzugsmöglichkeit. Das Wohnen sei ein stabilisierender Grundstein, auf den Teilhabe oder ein Alltag aufgebaut wird.

Betreutes Wohnen wird gemäss Dümmler und Sennekamp (2013, 48 ff) als «Schonraum» beschrieben. Darin werde Alltagsbegleitung und Beziehungsarbeit geleistet, damit eine Gemeinschaft ermöglicht wird, die Geborgenheit und Sicherheit bedeutet. Im geschützten Rahmen werden Erfahrungen gesammelt, Perspektiven entwickelt und eine Tagesstruktur aufgebaut, die eine Unterstützung im Umgang mit den psychischen Störungen bietet.

Die Bedürfnisse von Menschen mit komorbiden Störungen im betreuten Wohnen wurden anhand einer Studie von Wartmann, Hartmann-Riemer, Dinevski, Siemerker, Fröbel, Seifritz und Jäger (2018, online) analysiert. In diesem Zusammenhang konnte festgestellt werden, dass Bedürfnisse bei betreuten Wohnsituationen weniger unerfüllt bleiben als in einem stationären Setting. Die Anzahl der nicht erfüllten Bedürfnisse und Inklusion hänge auch von der individuell erlebten Lebensqualität der Bewohnenden ab. Die Studie zeige dabei die Verbindung zum betreuten Wohnsetting nicht direkt auf, jedoch wird ersichtlich, wo in der Praxis angesetzt werde. Die Daten zeigen gemäss Wartmann et al. (2018, online), dass dieses subjektive Empfinden der Lebensqualität stark mit dem Fortschritt im Verlauf des Recovery-Prozesses zusammenhängt, worauf später näher eingegangen wird. Dieser Recovery-Prozess steigere beispielsweise das Lebensqualitäts-Empfinden.

3 Theoretischer Rahmen

Der theoretische Rahmen dient als Ausgangslage für den empirischen Teil der Arbeit und hilft besser zu verstehen, mit welchen möglichen Ansätzen im betreuten Wohnen mit komorbiden Störungen umgegangen wird.

In einem ersten Schritt wird das Verhältnis von psychischer Gesundheit und psychischer Krankheit betrachtet, um so die Wechselwirkung der beiden Achsen aufzuzeigen. Danach werden die beiden Störungsbilder Schizophrenie und Substanzstörung jeweils einzeln anhand der Diagnose dargestellt und die Erklärungsmodelle aufgezeigt. Anschliessend werden Stigmatisierungen beschrieben, die mit der Diagnose in Verbindung stehen. Weiterführend werden mögliche Ansätze im Umgang mit der jeweiligen Störung vorgestellt und verdeutlichen dabei die unterschiedlichen Anforderungen an den Umgang mit den Störungsbildern. Danach wird auf die Komorbidität eingegangen. Erklärungsmodelle verdeutlichen die Besonderheiten der Komorbidität und folgend werden weitere Stigmatisierungen thematisiert.

Als zweiten Schritt werden zwei Konzepte vorgestellt, die im sozialpädagogischen Alltag des betreuten Wohnens relevant sind. Dies schafft eine Verbindung zwischen dem Umgang mit der Komorbidität, Schizophrenie und Substanzstörung und zwei relevant erscheinenden Konzepten des betreuten Wohnens. Diese theoretischen Ausführungen führen zu den Hypothesen, auf welche danach im empirischen Teil eingegangen wird.

3.1 Achse der psychischen Gesundheit und psychischen Krankheit

Auf der Homepage der schweizerischen Eidgenossenschaft (2019, online) ist zu entnehmen, dass WHO global anerkannt und für internationale öffentliche Gesundheitsangelegenheiten verantwortlich ist. Sie definiert, was als gesund und was als ein Risiko für die Gesundheit angesehen wird.

Gesundheit wird von der WHO (2014, online) wie folgt definiert: «*Gesundheit ist ein Zustand des vollständigen körperlichen, geistigen und sozialen Wohlergehens und nicht nur das Fehlen von Krankheit oder Gebrechen.*» Auffallend ist, dass die psychische Gesundheit ein wesentlicher Faktor für eine umfassende Gesundheit darstellt und das Kontinuum von Gesundheit und Krankheit bereits angedeutet wird.

Weiter definieren Blaser und Amstad (2016, 8) stützend auf WHO (2003) die psychische Gesundheit folgendermassen: «*Die psychische Gesundheit ist ein vielschichtiger Prozess, der Aspekte wie Wohlbefinden, Optimismus, Zufriedenheit, Ausgeglichenheit, Beziehungsfähigkeit, Sinnhaftigkeit, Alltagsbewältigung und Arbeitsbewältigung umfasst. Damit sich eine Person psychisch gesund fühlt, muss sie diese Eigenschaften und Emotionen nicht alle und zu jeder Zeit in gleichem Masse aufweisen. Eine Person fühlt sich psychisch gesund, wenn es ihr möglich ist, ihre geistigen und emotionalen Fähigkeiten zu nutzen, die alltäglichen Lebensbelastungen zu bewältigen, produktiv zu arbeiten und in der Gemeinschaft einen Beitrag zu leisten.*» Daraus schliessen Schuler, Tuch, Buscher und Camenzind (2016, online), dass eine psychische Gesundheit sehr komplex ist

und von biologischen, psychologischen, sozioökonomischen, soziokulturellen und institutionellen Faktoren abhängt.

Obwohl es nahe liegt, dass eine psychische Gesundheit das Gegenteil von psychischer Krankheit ist und somit bei einer psychischen Krankheit keine psychische Gesundheit besteht, ist dieser Gedanke falsch. Psychische Gesundheit und Krankheit stehen zwar in Zusammenhang miteinander, stellen jedoch keinen Gegenpol dar. Ein Mensch ist laut Schuler et al. (2016, online) nicht entweder gesund oder krank, sondern es besteht mehr Gesundheit oder mehr Krankheit. Ob ein Mensch eher als gesund oder krank angesehen werde, falle je nach Auge des Betrachters anders aus. Beispielweise sei ein Mensch aus Sicht eines Arztes oder einer Ärztin körperlich kerngesund, obwohl die Person sich selbst als krank ansieht.

Um den Zusammenhang zwischen psychischer Gesundheit und Krankheit zu verbildlichen, wird das duale Kontinuitätsmodell von Keyes (2014, 182 ff) miteinbezogen.

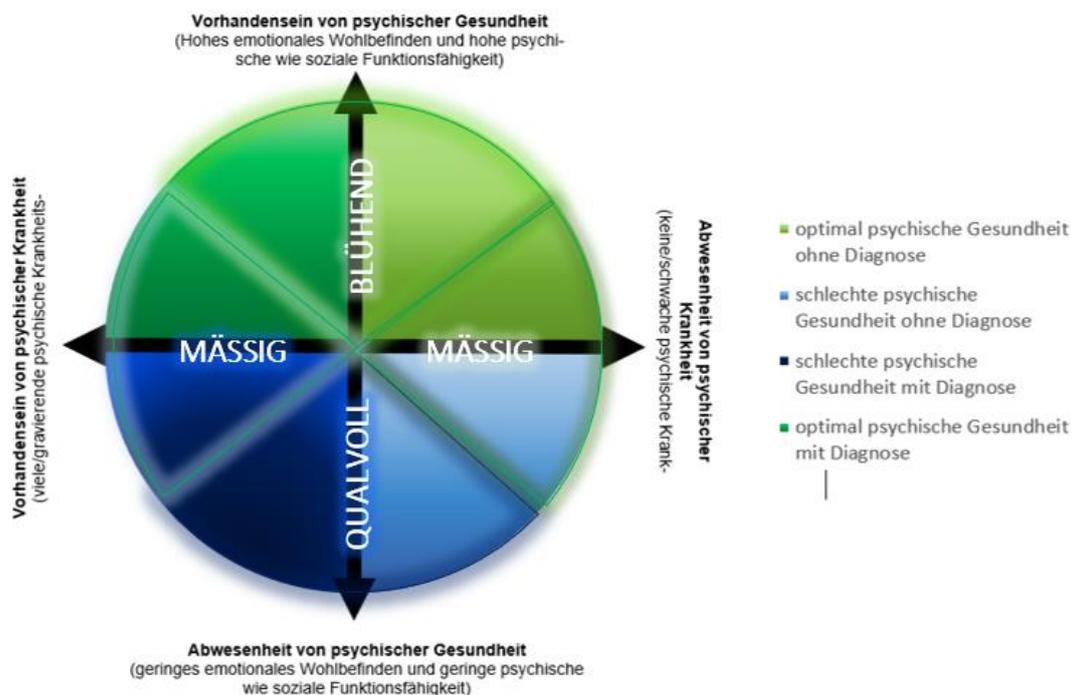


Abb. 1: Eigene Darstellung basierend auf Keyes dualen Kontinuitätsmodell (2014)

Die beiden Kontinua zeigen je das Fehlen oder das Vorhandensein einer psychischen Gesundheit und Krankheit auf, so Keyes (2014, 181 ff). Die beiden Elemente des dualen Kontinuitätsmodells seien das psychische Wohlbefinden und die Krankheitsdiagnose. Beide Achsen beeinflussen das Leben eines Menschen stark. Der Kerngedanke von Keyes Modell (2014, 182) ist, dass psychische Gesundheit mehr bedeutet als das Fehlen psychischer Krankheit und, unabhängig von Diagnosen, in unterschiedlichen Zuständen vorhanden ist. Durch Abwesenheit einer psychischen Erkrankung bestehe nicht zwingend eine gute psychische Gesundheit und umgekehrt schliesse das Vorhanden-

sein einer psychischen Erkrankung nicht zwingend die Abwesenheit psychischer Gesundheit aus. Auch mit einer psychischen Erkrankung sei es möglich eine gewisse Ebene der guten psychischen Gesundheit zu erreichen. Durch das Modell werde der aktuelle Gesundheits-/Krankheitsstatus eines Menschen in die drei Kategorien, qualvoll, mässig oder blühend eingeteilt, so Keyes (2014, 182 ff). Alles was im Bereich unterhalb der blühenden psychischen Gesundheit eingestuft wird, ist mit einer Beeinträchtigung verbunden, unabhängig davon, ob eine psychische Erkrankung diagnostiziert wurde oder nicht. Anhand des Modells werde verbildlicht, dass die Position der psychischen Gesundheit auf den Achsen pendelt und sich die psychische Gesundheit fortlaufend verbessert oder verschlechtert.

Das oben aufgeführte Modell stellt das unabhängige Verhältnis von psychischer Gesundheit und psychischer Krankheit dar. Von psychischer Krankheit wird laut Heinz (2015, online) jedoch erst dann gesprochen, wenn das individuelle Leiden zu einer Beeinträchtigung der lebenswichtigen Funktionen führt oder die soziale Teilhabe einschränkt, wie beispielsweise Nahrungsaufnahme oder persönliche Hygiene. Gemäss Heinz (2015, online) bestehen in dieser Funktion verschiedene Leidenszustände bis hin zu einer Einschränkung, die dann mit dem Begriff „Störung“ beschrieben werden. Darum wird in dieser Arbeit der Begriff „Störung“ verwendet.

3.2 Erklärungsmodell Gesundheitsstörungen

Das bio-psycho-soziale Modell dient als Erklärungsmodell für die Entstehung einer psychischen Gesundheitsstörung und zeigt die verschiedenen Einflussfaktoren auf.

Baumeler und Philipp (2019, 156) beschreiben das bio-psycho-soziale Modell als anerkanntes Erklärungsmodell für die Entstehung von psychischen Störungen. Es sei eine wechselseitige Beziehung von verschiedenen Prozessen und verpacke dabei die komplexe Wechselwirkung des Verlaufes und der Entstehung.



Abb. 2: Das bio-psycho-sozial Modell der Komponenten der Gesundheit (2002, DIMDI)

Das Modell zeigt auf, wie die Störung in der Gesundheit mit den Körperfunktionen und -strukturen, der Aktivität der jeweiligen Person, sowie deren Teilhabe im Leben zusammenhängt. Alle diese Faktoren beeinflussen sich auch gegenseitig und werden durch umwelt- und personenbezogene Faktoren verstärkt oder geschwächt. Es zeigt, dass nicht eine einfache Ursache-Wirkungs-Kette eine psychische Störung entstehen lässt, sondern dass es ein multifaktorielles Zusammenspiel verschiedener Einflüsse bedarf.

Weiter stellt das Deutsche Institut für Medizinische Dokumentation und Information³ (2012, online) die Funktionsfähigkeit eines Menschen in einer komplexen Beziehung zwischen Gesundheitsproblemen und den Kontextfaktoren dar. Die Kontextfaktoren umfassen mit ihren zwei Komponenten, «Umweltfaktoren» und «personenbezogene Faktoren», den gesamten Lebenshintergrund eines Menschen. Spannend ist, dass die Beeinflussung dabei in zwei Richtungen wirkt. Bei der Erhebung des gesamten funktionalen Gesundheitszustandes ist es sinnvoll zu beachten, alle Faktoren einzeln mit einzubeziehen, um danach die Zusammenhänge und kausalen Verknüpfungen zwischen ihnen zu vergleichen.

Mit diesem Verständnis werden zuerst die beiden Störungsbilder Schizophrenie und Substanzabhängigkeit einzeln betrachtet. Danach wird auf die Komorbidität der beiden eingegangen.

3.3 Schizophrenie

3.3.1 Diagnose

Folgende Hauptmerkmale zählen laut dem DIMDI (2018, online) zur Schizophrenie: Denk- sowie Wahrnehmungsstörungen und inadäquate oder verflachte Affekte. Die schizophrene Störung verlaufe dabei jedoch von Fall zu Fall sehr unterschiedlich. So gebe es zum einen Episoden, welche andauern und in steigenden oder stabilen Defiziten verlaufen, zum anderen sei es auch möglich, dass eine oder mehrere Episoden auftreten, entweder mit oder ohne vollständige Remission.

Um Schizophrenie zu diagnostizieren, stützt sich das Zentralinstitut für Seelische Gesundheit (s.d., online) auf die von ICD-10 entwickelten Kriterien:

a) Von folgenden Punkten muss mindestens einer zutreffend sein:

1. *«Gedankenlautwerden, Gedankeneingebung, Gedankenentzug oder Gedanken- ausbreitung*
2. *Kontrollwahn, Beeinflussungswahn, Gefühl des Gemachten, deutlich bezogen auf Körper- oder Gliederbewegungen, oder bestimmte Gedanken, Tätigkeiten oder Empfindungen, Wahnwahrnehmungen*
3. *kommentierende oder dialogische Stimmen*
4. *anhaltender, kulturell unangemessener bizarrer Wahn.»*

³ nachfolgend DIMDI genannt

b) Von folgenden Punkten müssen mindestens zwei vorhanden sein:

1. «Anhaltende Halluzinationen jeder Sinnesmodalität, begleitet entweder von flüchtigen oder undeutlich ausgebildeten Wahngedanken, ohne deutliche affektive Beteiligung, oder begleitet von anhaltenden überwertigen Ideen
2. Gedankenabreissen, Einschiebungen in den Gedankenfluss, was zu Zerfahrenheit, Danebenreden oder Neologismen führt
3. Katatone Symptome wie Erregung, Haltungstereotypien, wächserne Biegsamkeit, Negativismus, Mutismus, Stupor
4. Negative Symptome wie auffällige Apathie, Sprachverarmung, verflachte oder inadäquate Affekte.»

Schizophrenie wird gemäss Dümmler und Sennekamp (2013, 12) meist im Alter zwischen 18 und 35 Jahren diagnostiziert. Sie betonen dabei Bocks⁴ Aussage, dass es bei psychischen Störungen, wie beispielsweise bei einer chronischen Schizophrenie, jederzeit zu einem Zustand ohne Symptome kommen kann.

3.3.2 Erklärungsmodell-Schizophrenie: Vulnerabilitäts-Stress-Modell

Um eine schizophrene Störung in ihrer Entstehung zu erklären, wird oftmals auf das Vulnerabilitäts-Stress-Modell eingegangen. Dieses Modell beschreibt das Zusammenspiel verschiedener Faktoren, die für die Entstehung und den Verlauf entscheidend sind.

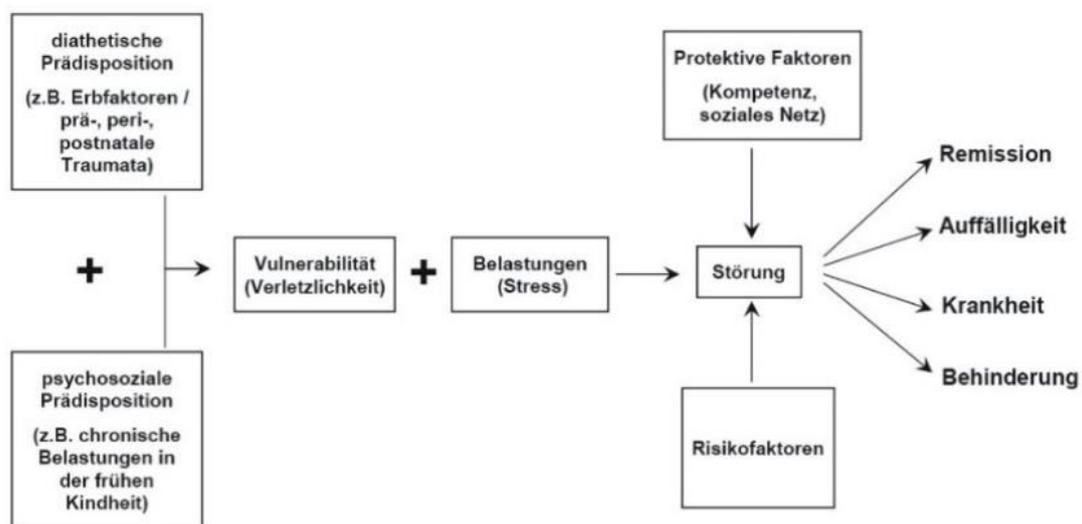


Abb. 3: Das Vulnerabilitäts-Stress-Modell (2008, online)

Das integrative Modell zeigt laut Baumeler und Philipp (2019, 157) die komplexen Interaktionen der individuellen Vulnerabilität und Stressreaktionen. Diathetische und psychosoziale Prädispositionen erzeugen zusammen eine Anfälligkeit oder Vulnerabilität für die Entwicklung einer Störung. Belastungen oder Stress führen aufgrund der gegebenen Verletzlichkeit zum Ausbruch der Störung. Zusätzlich entscheide das Zusammenspiel

⁴ Vgl. Bock, Thomas. *Eigensinn und Psychose – «Noncompliance» als Chance*. 3. Auflage, Neumünster, Paranus-Verlag, 2010. S.46

von Schutz-, sowie Risikofaktoren über den Verlauf oder die Entstehung einer psychischen Störung mit.

3.3.3 Stigmatisierung

In unserer Gesellschaft sind, gemäss Baumeler und Philipp (2019, 153), Vorurteile gegenüber Menschen mit Schizophrenie oft anzutreffen. Dies komme grösstenteils von Verhaltensweisen, die eigenartig, nicht nachvollziehbar oder herausfordernd sind.

Schizophrenie ist Tranberg (2015, online) zufolge, unter den psychischen Störungen, am stärksten von Stigmatisierungen betroffen. Für Menschen mit Schizophrenie hätte dies Ausgrenzung und Diskriminierung zur Folge. Häufig versuchen sie dadurch, Interaktionen mit deren Umfeld zu meiden, da sich Menschen mit einer Schizophrenie vor den Reaktionen fürchten. Durch die Symptome der Schizophrenie, wie zum Beispiel das Stimmenhören, wendet sich laut Dümmler und Sennekamp (2013,17) das Umfeld ab, da sie dies mit Gefahr assoziieren. Aber auch der Ruf der Diagnose «Schizophrenie» selbst sorge für Benachteiligung. Beispielsweise werde die Psychiatrie häufig mit Schizophrenie in Verbindung gebracht. Da die Psychiatrie ohnehin schon nicht von der Gesellschaft anerkannt werde, weigere sich die Gesellschaft, Kontakt mit Menschen zu haben, die in Verbindung zur Psychiatrie stehen. Dies führe dazu, dass frühe Hilfe und Behandlung vermieden wird.

Wie sich die Stigmatisierung der Menschen mit Schizophrenie auf den Umgang in der Gesellschaft auswirkt, haben Angermeyer, Matschinger and Schomerus (2013, 149 ff) in den Jahren 1990 und 2011 erforscht. Die Ergebnisse seien erschreckend. Die Studie zeige unter anderem auf, dass sich im Jahre 1990 19% der Befragten nicht vorstellen können, neben einer Person mit Schizophrenie zu leben. 2011 sei die Prozentzahl bereits auf 29% gestiegen. Der Fragebogen enthält zum Beispiel auch Punkte wie das befreundet sein oder das Zusammenarbeiten mit Menschen mit einer Schizophrenie. Die Ergebnisse zeigten in den meisten Bereichen auf, dass die Bereitschaft, mit Menschen mit Schizophrenie in Kontakt zu treten, abnimmt. Dies hat gemäss Angermeyer et al. (2013, 150) zur Folge, dass Menschen mit Schizophrenie immer öfters von Ausgrenzung betroffen sind. Die Gesellschaft gehe bei Schizophrenie eher von biologischen statt von psychosozialen Ursachen aus.

Table 5 Changes in the desire for social distance from people with mental disorders between 1990 and 2011 (multinomial logit regression)^a

Response category: would reject	Predicted percentages								
	Schizophrenia			Major depression			Alcohol dependence		
	1990	2011	Change ^b	1990	2011	Change ^b	1990	2011	Change ^b
Have as neighbour	19	29	10	16	15	-2	36	31	-4
Work together	20	31	11	15	18	3	35	34	-1
Introduce to a friend	39	53	15	33	37	3	56	60	5
Recommend for a job	44	63	18	40	45	5	62	66	3
Rent a room	46	58	13	37	35	-2	62	61	-1
Have married into family	56	60	5	52	41	-11	75	68	-7
Take care of children	67	79	12	58	62	-4	80	81	1

a. Statistically significant changes are in bold.
b. As a result of rounding the figures shown will not always equal the difference between predicted percentages.

Abb. 4: Attitudes towards psychiatric treatment and people with mental illness: changes over two decades (2013, online)

3.3.4 Ansätze für den sozialpädagogischen Umgang

Folgende Zusammenstellung von Ansätzen beschreiben unterschiedliche Ausrichtungen im sozialpädagogischen Umgang mit Menschen mit Schizophrenie.

a) Pathogenetischer Ansatz

Das Krankheitsverständnis basiert darauf, dass die Störung die Gesundheit entkräftigt und biologische Ursachen gestützt auf Klassifikationsmodelle stehen dabei, gemäss Dümmler und Sennekamp (2013, 14), im Vordergrund.

b) Anthropologischer Ansatz

Im Gegensatz dazu beschreiben Dümmler und Sennekamp (2013, 14) die anthropologische Betrachtungsweise. Das Krankheitsverständnis werde darin so verstanden, dass eine Psychose der Versuch sei, seine Identität in einer Identitätsstörung zu retten. Es sei der Versuch, die seelische Krise zum Ausdruck zu bringen und die Psychose sei nicht die Ursache. Die erlebte Fremdbestimmung der Menschen mit Schizophrenie werde versucht zu kontrollieren, um damit die eigene Identität zu heilen. Diese Sichtweise sei Voraussetzung, um bei einer professionellen Unterstützung die individuelle Geschichte aller zu erkennen.

c) Gesundheitsbezogener Ansatz

Der Fokus wird laut Baumeler und Philipp (2019, 157 ff) auf die Erhaltung oder Entstehung von Gesundheit gerichtet. Dieses Gesundheitsmodell basiere auf der Salutogenese. Dabei gehe es um die zentralen Faktoren, welche die Gesundheit erhalten und fördern. Jeder Mensch besitze solche Schutz- oder Risikofaktoren, welche sich gegenüberstünden. Weiter bewältige eine Person mit vielen Schutzfaktoren oder Ressourcen, auftretende Risikofaktoren eher (wie beispielsweise Armut, Konfrontation mit Gewalt oder Straftaten) und reagiere flexibel und bleibe gesund. Diese Widerstandsfähigkeit oder Resilienz stehe der Verletzlichkeit gegenüber. Einen weiteren wichtigen Punkt der Salutogenese ist laut Baumeler und Philipp (2019, 160 ff) das Kohärenzgefühl. Es sei zentral im Zusammenhang mit gesundheitsfördernden Verhaltensweisen oder der Aktivierung von weiteren Ressourcen. Es sei das Gefühl, sich verstanden zu fühlen und das Leben als sinnvoll und bewältigbar zu erleben. Somit sei es im Umgang mit Menschen mit Schizophrenie wichtig, handlungsbezogene Reaktionen hervorzurufen. Damit entstünden neue Möglichkeiten für Menschen mit Schizophrenie. Ihre Verstehbarkeit, Handhabbarkeit sowie Bedeutsamkeit werden dadurch durch die Professionellen gestärkt.

Im Umgang mit Menschen mit einer schizophrenen Störung sind Gespräche, gemäss Baumeler und Philipp (2019, 167) vor allem in der Beratung wichtig für den Aufbau einer guten Arbeitsbeziehung. Gespräche sollten nach ihrer Aussage gewissen Grundsätzen folgen, damit sich Menschen mit Schizophrenie ernstgenommen fühlen. Sie beschreiben weiter folgende Punkte:

- Respekt und Authentizität im Umgang
- Einfache und klare Sätze verwenden
- Klare Struktur des Gesprächs, um inhaltlich Orientierung zu verschaffen und eine Überforderung zu vermindern

- Verständnis, Vertrauen und Verlässlichkeit und Zuversicht vermitteln
- Zeitdruck vermeiden
- Die unterschiedliche Aufnahme- und Konzentrationsfähigkeit beachten
- Äusserungen der Menschen mit Schizophrenie mit Fachwissen und Erfahrung prüfen, jedoch stets in der eigenen Realität bleiben
- Die subjektive Realität wertschätzen

Weiter wird das Vorgehen einer Intervention schrittweise umgesetzt, so Baumeler und Philipp (2019, 167). Bisherige Bemühungen sollten stets genug Anerkennung finden, damit auch zu neuen Schritten ermutigt wird. Es solle auch darauf geachtet werden, dass vorhandene Ressourcen gefördert und miteinbezogen und die Selbstständigkeit bestärkt werde. Zudem erklären sie die Wichtigkeit, dass Menschen mit Schizophrenie soweit als möglich mit in die Planung und Umsetzung der Intervention einbezogen werden, sowie das Einverständnis erfragt wird. In Fällen, bei denen Menschen mit Schizophrenie nicht in der Lage wären, dies zu beantworten, wäre meist auch das Warten mit der Intervention möglich. Sie werden, wenn möglich, für das Erledigen ihrer eigenen Aufgaben ermächtigt, begleitet und angeleitet.

3.4 Substanzstörung

3.4.1 Diagnose

Eine Substanzstörung besteht nach dem DIMDI (2018, online) dann, wenn bei einer Person, die wiederholt Substanzmittel missbraucht, kognitiv und/oder körperlich abweichende Phänomene auftreten. Typisch für Menschen mit Substanzstörung sei ein extremes Verlangen nach der Substanz und der Kontrollverlust über den Konsum. Obwohl Menschen mit einer Substanzstörung wissen, dass der Konsum schädliche Konsequenzen mit sich bringt, gelingt es ihnen nicht, ihn zu stoppen.

In der Deutschen Suchthilfestatistik (2019, online) werden die unterschiedlichen Kriterien dargestellt, welche von der WHO ausgearbeitet und im ICD-10 herausgegeben wurden. Die Kriterien zeigen auf, ab wann eine Person mit einer Substanzstörung diagnostiziert wird. Es müssen mindestens drei der folgenden vier Kriterien zur selben Zeit während des letzten Jahres vorhanden gewesen sein, damit von einer Abhängigkeit gesprochen wird.

1. *«Ein starker Wunsch oder eine Art Zwang, psychotrope Substanzen zu konsumieren.»*
2. *Verminderte Kontrollfähigkeit in Bezug auf den Beginn, die Beendigung oder die Menge des Konsums.*
3. *Ein körperliches Entzugssyndrom bei Beendigung oder Reduktion des Konsums, nachgewiesen durch substanzspezifische Entzugssymptome oder durch die Aufnahme der gleichen oder nahe verwandter Substanzen, um Entzugssymptome zu vermindern oder zu vermeiden.*
4. *Nachweis einer Toleranz gegenüber der Substanz, im Sinne von erhöhten Dosen, die erforderlich sind, um die ursprüngliche durch niedrigere Dosen erreichte Wirkung hervorzurufen.*

5. *Fortschreitende Vernachlässigung anderer Vergnügungen oder Interessen zugunsten des Substanzkonsums sowie ein erhöhter Zeitaufwand, um die Substanz zu konsumieren oder sich von den Folgen zu erholen.*
6. *Anhaltender Substanzkonsum trotz des Nachweises eindeutig schädlicher Folgen.»*

Das DIMDI (2017, online) unterscheidet, basierend auf das ICD-10, folgende Substanzen: Alkohol, Opioide, Cannabinoide, Kokain, Stimulanzien, Halluzinogene, flüchtige Lösungsmittel (Schnüffelstoffe), Tabak, Schlaf- und Beruhigungsmittel, multiplem Substanzgebrauch sowie dem Konsum sonstiger psychotroper Substanzen.

Der Verlauf von der ersten Einnahme einer Substanz bis hin zur Abhängigkeit dauert oft Monate oder sogar Jahre. Durch die einmalige Einnahme einer Substanz muss sich aber nicht zwingend eine Abhängigkeit entwickeln, jedoch ist es möglich, dass die erste Einnahme der erste Schritt zur Abhängigkeit bedeutet, so Medizinfo (s.d., online). Ob eine Abhängigkeit entstehe, hänge von der Art der Substanz, des Individuums, der sozialen Bedingungen sowie der aktuellen Situation der Person ab.

Die Begriffe Missbrauch und Abhängigkeit werden von Becken (2013, 58 ff) klar unterschieden. Unter Missbrauch sei zu verstehen, dass sich die Person, welche die Substanz konsumiert, sich der Gefahr bewusst ist und sie die Kontrolle über die Droge noch beherrscht. Von Abhängigkeit werde erst dann gesprochen, wenn die Droge nicht mehr nur dem besseren Zurechtkommen im Alltag dient, sondern schon als positiver Effekt empfunden wird. Es gebe keinen exakten Verlauf, der bei jeder Person gleich abläuft, da jede Droge anders wirkt.

3.4.2 Erklärungsmodell Substanzstörung: Lebensführungsmodell

Güdel (2019, 67) hat das bio-psycho-soziale Modell in ein Lebensführungsmodell in Anlehnung an Sommerfeld, Hollenstein, Calzaferri (2011) eingebettet. Diese Darstellung (vgl. Abb. 3), lässt die Dynamiken aufzeigen, welche im Fallverständnis verwendet werden, eine Substanzstörung erklären lässt und als Grundlage für den Hilfeprozess und Interventionen diene.

Gemäss Güdel (2019, 68) ist der Integrations- und Lebensführungsansatz auf eine systemtheoretische Metatheorie aufgebaut und zeigt das Zusammenspiel aller Teile auf. Es vereine sowohl das persönliche bio-psycho-soziale Zusammenspiel wie auch genetische und biologische Faktoren. Gleichzeitig beinhalte es auch Handlungssysteme, welche als Ressourcen gesehen werden oder Risiken bedeuten.

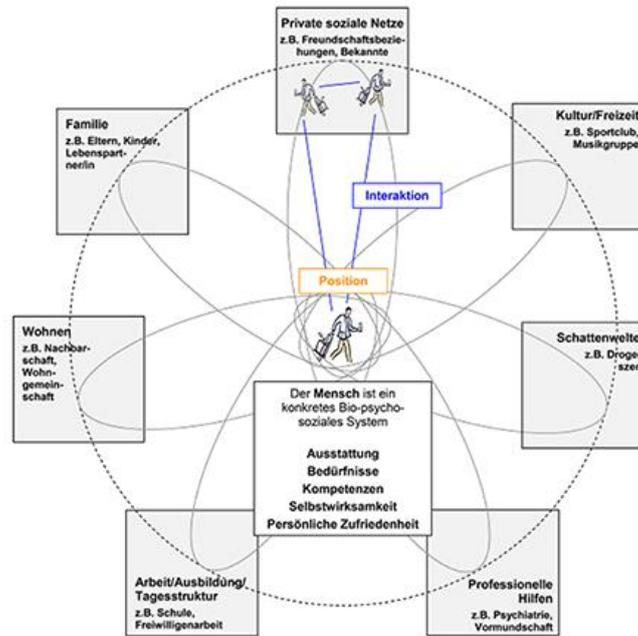


Abb.5: Lebensführungssystem, nach Sommerfeld, Hollenstein, Calzaferri (2011, online)

Durch das Modell werden gemäss Güdel (2019, 68) festgefahrene Dynamiken, wo eventuell Verhaltensmöglichkeiten bestehen, aufgezeigt. Damit lassen sich Handlungssysteme erkennen und es schafft eine gute Basis für eine integrative Sicht und ein Behandlungsmodell. Durch das Modell betrachtet, wird der Mensch mit all seinen Ausstattungen und Bedürfnissen in den verschiedenen Interaktionen mit seinen Systemen wie Freizeit, Familie, Arbeit, Schattenwelten und professioneller Hilfe sichtbar. So findet eine Positionierung statt und Zusammenhänge, die zu einer Substanzstörung führen, werden gefunden. Durch das darauffolgende gesamtheitliche Verständnis werden Therapien gezielt gewählt und individuell eingesetzt. Dies mit dem Ziel, starre Dynamiken zu durchbrechen oder zu verändern. Auch fehlende Systeme, wie beispielsweise professionelle Hilfe, werden entdeckt und dadurch ausgebaut. In allen einzelnen Dynamiken bewirkt eine Veränderung etwas und die Position einer Person bewegt sich, was wiederum neue Dynamiken auslöst.

3.4.3 Stigmatisierung

Die bereits unter 3.3.3 erwähnte Studie von Angermeyer et al. (2013, 149) zur Stigmatisierung der Menschen mit Schizophrenie, befragte die Teilnehmenden auch zu ihrem Umgang mit Menschen mit einer Alkoholabhängigkeit. Die Resultate zeigten hier über die Jahre zwar eine geringe Verbesserung, jedoch wird eine starke Stigmatisierung sichtbar. So waren im Jahr 2011 immer noch 31% der befragten Personen nicht bereit mit Menschen mit einer Alkoholabhängigkeit zu wohnen, 34% nicht mit ihnen zu arbeiten oder 60% konnten sich nicht vorstellen, sie Freunden vorzustellen. Die leichte Verbesserung in den vergangenen Jahren könnte laut Suchtpräventionsstelle Zürich (2012, online) durch die Anerkennung der Sucht als Störung gelungen sein. Dennoch wird der

Begriff «Sucht» von der Gesellschaft negativ konnotiert und zum Beispiel mit unmoralischem und kriminellen Verhalten assoziiert.

Table 5 Changes in the desire for social distance from people with mental disorders between 1990 and 2011 (multinomial logit regression)^a

Response category: would reject	Predicted percentages								
	Schizophrenia			Major depression			Alcohol dependence		
	1990	2011	Change ^b	1990	2011	Change ^b	1990	2011	Change ^b
Have as neighbour	19	29	10	16	15	-2	36	31	-4
Work together	20	31	11	15	18	3	35	34	-1
Introduce to a friend	39	53	15	33	37	3	56	60	5
Recommend for a job	44	63	18	40	45	5	62	66	3
Rent a room	46	58	13	37	35	-2	62	61	-1
Have married into family	56	60	5	52	41	-11	75	68	-7
Take care of children	67	79	12	58	62	-4	80	81	1

a. Statistically significant changes are in bold.
b. As a result of rounding the figures shown will not always equal the difference between predicted percentages.

Abb. 6: Attitudes towards psychiatric treatment and people with mental illness: changes over two decades (2013, online)

Die Substanzstörung wird von allen Störungen am meisten von Stigmatisierungen beeinflusst, so ein Kollektiv von Autoren⁵ (2017, 4 ff). Menschen mit Substanzstörung entwickeln dadurch häufig Schuldvorwürfe und persönliche Ablehnung sich selbst gegenüber.

Die Medien tragen gemäss Schomerus et. al (2017, 5) ebenfalls zur Stigmatisierung der Störung bei, denn in Dokumentationen wird oftmals nur der negative Verlauf gezeigt. Zudem sei eine Illegalisierung einer Substanz auch eine strukturelle Stigmatisierung. Dieser negative Effekt lasse sich gut beim Alkohol beobachten. Die Gesellschaft toleriere einen gewissen Konsum von Alkohol, dagegen werde jedoch der öffentliche Konsum von Cannabis stark verurteilt. Schomerus et. al (2017, 4) schreiben auch, dass bei einer Substanzstörung Selbststigmatisierungen vorkommen und dazu führen, dass Hilfe von Aussenstehenden gemieden wird. Auch die Suchtpräventionsstelle Zürich (2012, online) bestätigt diese Aussage und ist der Überzeugung, dass Menschen mit einer Substanzstörung nicht in Verbindung mit dem negativen Begriff «Sucht» gebracht werden möchten und sie dadurch keine Hilfestellungen für Menschen mit einer Sucht annehmen. Eine Selbststigmatisierung sei deshalb sehr kontraproduktiv für Präventionsstellen.

3.4.4 Ansätze für den sozialpädagogischen Umgang

Durch Abstinenz erleben Menschen mit Substanzstörungen häufig soziale Einschränkungen. Diese sozialen Einschränkungen wie auch die Selbststigmatisierung fordert Professionelle in ihrem Umgang mit Menschen mit Substanzstörungen umso mehr, so Lindenmeyer (2012, 29). Motivationsarbeit unterstütze Professionelle jedoch bei der Behandlung. Folgende Ansätze greifen diesen Grundgedanken auf.

a) Intrapsychische Motivationstheorie

In der intrapsychischen Motivationstheorie werde der Mensch grundsätzlich als motiviert gesehen, da sein Handeln immer auf die Befriedigung eines seiner Bedürfnisse zielt.

⁵ Schomerus, Bauch, Elger, Evans-Lacko, Frischknecht, Klingemann, Kraus, Kostrzewa, Rheinländer, Rummel, Schneider, Speerforck, Stolzenburg, Sylvester, Tremmel, Vogt, Williamson, Heberlein und Rumpf

Dementsprechend wird für den Motivationsaufbau gemäss Lindenmeyer (2012, 30) die übermittelte Information mit dem Selbstkonzept des Menschen mit Substanzstörung übereinstimmen und an individuelle Erklärungsmodelle angepasst. Daraus leite die Person mit einer Substanzstörung Interventionen plausibel ab.

b) Interpersonelle Motivationstheorie

Diese Theorie (Lindenmeyer, 2012, 31) geht davon aus, dass die Motivation ein Ergebnis aus der Beziehung zwischen der Person und seiner Umwelt ist. Lindenmeyer (2012, 32) bezieht sich dabei auf das untenstehende Modell der verhaltensökonomischen Motivationstheorie von Vuchinich (1999). Dieses Modell stelle (Bickel und Vuchinich, 2000, 13) die direkt oder später folgenden Konsequenzen von Substanzkonsum der Abstinenz gegenüber. Dabei werde eine kurzfristige und langfristige Bewertung von positiven und negativen Folgen des Konsums mit denjenigen der Abstinenz verglichen. Dies treibe einen Veränderungswunsch der Person mit Substanzstörung an. Wichtig sei aber, dass zeitlich und nahe alternative Ressourcen anstelle der Substanz zur Verfügung stünden. Das Modell zeigt, dass die langfristigen Vorteile einer Abstinenz die Anreize steigern und somit eine Motivation der Verhaltensänderung bewirken.

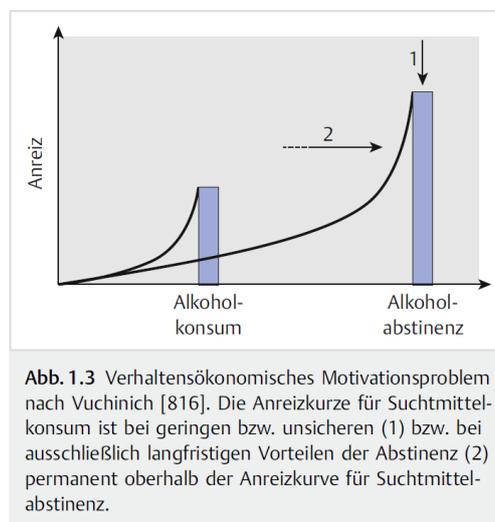


Abb. 7: Modell zur Verhaltensökonomischen Motivationstheorie nach Vuchinich (2012)

c) Verbesserungsansatz der Lebensbedingungen

Die soziale Situation von Menschen mit einer Substanzstörung wird von Güdel (2019, 75) als komplex, vielschichtig und teilweise auch prekär beschrieben. Oft seien viele Versuche vorausgegangen, das Leben wieder in den Griff zu bekommen. Dazu kommen Verluste und das Scheitern als Herausforderung dazu. Es bestehe möglicherweise eine soziale Abhängigkeit. Die Beschaffung des Suchtmittels und die Diskriminierung seien tägliche Schwierigkeiten, mit denen sich die Menschen mit Substanzstörung auseinandersetzen müssten. In solchen Situationen sei ein erzwungener Entzug wenig sinnvoll. Eine Substanzstörung zu akzeptieren und damit ein menschenwürdiges Leben anzustreben, könne sinnvoller sein. Güdel (2019, 75) sieht Chancen in der Verbesserung der Lebensbedingungen der Menschen mit Substanzstörung. Dies setze beispielsweise bei

der Wohnsituation durch ein begleitetes Wohnen an. Wichtig sei auch die Förderung und Erhaltung von sozialen Aktivitäten der Menschen mit Substanzstörung.

Professionelle tragen gemäss Güdel (2019, 83) mit folgenden Punkten massgeblich zur Unterstützung bei:

- Aufbau einer Tagesstruktur
- Leistung von Hilfestellungen, welche die Stabilisierung und Beruhigung von alltäglichen Situationen erzeugen
- Aufzeigen eines elastischen Umgangs mit instabilen Situationen
- Flexibler Umgang mit Terminen
- Klare Strukturen in Beratungsgesprächen oder Systemsitzungen
- Keine moralische Stigmatisierung zulassen
- Regelmässige Reflexion
- Niederschwellige Ziele setzen, da Misserfolge demotivierend wirken
- Ziele kontinuierlich umsetzen und verfolgen, um eine Stabilität zu schaffen

Gespräche sind in der Begleitung essenziell und folgende Punkte sind laut Güdel (2019, 83) zu beachten:

- Struktur geben über die Dauer und Inhalt
- Mehrere kleine kurze Gespräche
- Viel Zeit einplanen vor allem bei unumgänglichen langen Gesprächen
- Verständnis für eine nicht geradlinige Ausführung aufbringen
- Tag-Nacht-Rhythmus der Person mit Substanzstörung berücksichtigen
- Pausen einplanen, da solche Gespräche teilweise intensiv ausfallen
- Individuelle Regeln für Gespräche sind hilfreich
- Verständnis und Einberechnen der Mühe von Personen mit Substanzstörung, ihre Emotionen zu regulieren
- Möglichkeit freihalten, gar keine Termine zu setzen und beispielsweise Kontaktaustausch mit Geldauszahlung oder Alltäglichem verknüpfen

3.5 Komorbidität Schizophrenie und Substanzstörung

3.5.1 Erklärungsmodelle zur Komorbidität Schizophrenie und Substanzstörung

Bei der Recherche nach Erklärungsansätzen für die Entstehung der Komorbidität von Schizophrenie und Substanzstörungen sind wir auf unzählige Erklärungsansätze gestossen, die versuchen darzulegen, wie Schizophrenie eine Substanzstörung beeinflusst und umgekehrt, wie eine Substanzstörung die Schizophrenie beeinflusst. Dennoch gibt es nur wenige Modelle, die wissenschaftlich belegt sind. In unserer Arbeit werden wir die Modelle vorstellen, die auf wissenschaftlichen Untersuchungen beruhen. Die Modelle werden in drei unterschiedliche Thesen eingeteilt, Modelle primärer psychischer Störungen, Modelle primärer Substanzstörung und Modelle der gemeinsamen Faktoren.

Die Modelle der primär psychischen Störungen gehen laut Moggi (2019, 36) davon aus, dass eine vorgängige psychische Störung die Möglichkeit erhöht, abhängig zu werden. Die **Selbstmedikationshypothese** von Khantzian (1997, 231) stammt aus den 90er Jahren und wird hauptsächlich im klinischen Alltag verwendet. Die Theorie (1997, 238) geht davon aus, dass Menschen mit psychischen Störungen, wie zum Beispiel Schizophrenie, die Symptome der Störung durch Substanzmittelkonsum zu bewältigen versuchen. Bei der Schizophrenie ist Khantzian (1997, 231) der Meinung, dass vor allem die negativen Symptome den Reiz zum Substanzkonsum fördern. Aus der Selbstmedikationshypothese entstand laut Moggi (2019, 36) das **Affektregulationsmodell** von Blanchard, Brown, Horan und Sherwood (2000). Dieses Modell habe einen ähnlichen Grundgedanken wie die Selbstmedikationshypothese, setze jedoch ein Augenmerk auf fehlende oder fehlerhafte Bewältigungsstrategien. Menschen mit beispielsweise einer Schizophrenie versuchen negative Emotionen mit Hilfe eines Substanzmittels in positive umzuwandeln. Eine weitere Theorie, die Moggi (2019, 36) nennt, ist die **Social-Drift-Hypothese**. Diese gehe davon aus, dass Menschen mit Schizophrenie bereits im sozialen, kognitiven und emotionalen Bereich von Benachteiligung betroffen sind und sie daher öfters einen sozioökonomischen Abstieg erleben. Infolgedessen werde der Konsum von Substanzen gefördert.

Aus all diesen Modellen heraus ergab sich laut Moggi und Donati (2004, 29) das **Sensitivitätsmodell** von Mueser, Drake und Wallach⁶, welches bereits unterschiedlichen empirischen Untersuchungen standhalten konnte. Die psychobiologische Vulnerabilität eines Menschen entstehe durch die Zusammensetzung der Genetik und sozialen Vorgeschichten. Käme schliesslich zu dieser psychobiologischen Verletzlichkeit eines Menschen ein Belastungsfaktor hinzu, werde die Wahrscheinlichkeit des Erlebens einer Psychose grösser. Dabei sei wichtig zu wissen, dass der Substanzmissbrauch nicht als Störung, sondern als Bestandteil einer Vulnerabilität für eine Psychose betrachtet wird. Das Sensitivitätsmodell zählt laut Moggi und Donati (2004, 29) als empirisch unterstütztes Störungsmodell, für die Erklärung einer Komorbidität von Schizophrenie und Substanzstörung.

Der Grundgedanke der Modelle zur primären Substanzstörung ist laut Moggi (2019, 36), dass eine Substanzstörung die Wahrscheinlichkeit erhöht, eine weitere psychische Stö-

rung zu entwickeln. Im Fokus dieser Modelle stehe immer der Konsum von Substanzmitteln wie Halluzinogene, Cannabis und Stimulantien. Es gibt unterschiedliche Studien, so Moggi (2019, 36), die vor allem den Cannabiskonsum und Schizophrenie in Verbindung stellen. So zum Beispiel die Studie von Gage, Hickman und Zammit (2016, online). Sie führten Längsschnittstudien durch, bei welchen einen direkten Zusammenhang zwischen Cannabiskonsum und Schizophrenie festgestellt wurde. Des Weiteren seien sie auf das Ergebnis gekommen, dass ob und wann eine Schizophrenie ausbricht nicht nur mit der Konsummenge, sondern auch mit dem Einstiegsalter zusammenhänge.

Die Modelle der primären Substanzstörung gehen laut Moggi (2019, 36) davon aus, dass der Substanzkonsum mit einer neurobiologischen Vulnerabilität für das Entstehen einer psychischen Störung zusammenhängt. Dieser Grundgedanke mache es schwer, eine strikte Grenze zwischen den Modellen der primären Substanzstörung und dem Sensitivitätsmodell zu ziehen. Infolgedessen werde nicht von einer primären Substanzstörung gesprochen, sondern eher von einer Wechselwirkung.

Die Modelle der gemeinsamen Faktoren zeigen laut Wobrock, Pajonk, D'Amelio und Alkai (2005, online) auf, dass eine Komorbidität von biochemischen, genetischen so wie sozialen Faktoren begünstigt wird. Die Untersuchungsergebnisse dieser Modelle seien jedoch sehr unbefriedigend und daher geht diese Arbeit nicht näher darauf ein.

3.5.2 Stigmatisierung

Menschen mit Schizophrenie oder Substanzstörungen erleben Stigmatisierungen in unterschiedlichen Formen. Menschen mit einer Komorbidität Schizophrenie und Substanzstörung erfahren dadurch eine doppelte Stigmatisierung. Diese wirke sich auf die psychische Gesundheit aus. So schreibt das Bundesamt für Gesundheit (2017, online): *«Stigmatisierung ist eine Form sozialer Diskriminierung. Sie stellt für Menschen mit psychischen Erkrankungen eine zusätzliche Belastung zur eigenen Krankheit dar – auch für ihre Angehörigen».*

Um das Phänomen der Stigmatisierung und dessen Folgen aufzuzeigen, bezieht sich Holzer (2016, 7) auf die modifizierte Etikettierungstheorie von Link⁶, welche auf der Etikettierungstheorie von Scheff aufbaut. Darin wird nicht mehr nur die Fremdstigmatisierung, sondern vor allem auch die Selbststigmatisierung betrachtet. Die Erwartungshaltung von anderen stigmatisiert zu werden und die Folgen davon werden neu miteinbezogen. Es werde davon ausgegangen, dass sich Menschen mit einer psychischen Störung durch Stigmatisierungen anfangen an deren Umfeld zu orientieren. Dies bewirke, dass sich Menschen mit komorbiden Störungen an die Erwartungen der Gesellschaft anpassen und so das Bild des «psychisch Gestörten» bestätigt werde. Durch das Annehmen dieser Rolle glauben auch sie an die Vorurteile der Gesellschaft ihren Störungen gegenüber. So entwickeln sie eine negative Einstellung und ein vermindertes Selbstwertgefühl. Link, Cullen, Struening, Shrout und Dohrenwend (1989, 400) zeigen auf, dass Menschen mit psychischen Störungen dagegen folgende drei unterschiedlichen Strategien entwickeln:

⁶ Vgl. Link, Bruce. Cullen, Francis. Struening, Elmer. Shrout, Patrick. Dohrenwend, Bruce. "A Modified Labeling Theory Approach to Mental Disorders: An Empirical Assessment".

- niemanden über die Therapie informieren
- das Umfeld über ihre Situation aufklären
- sich zurückziehen

Es bestehe die Möglichkeit, dass die angewandte Strategie negative Konsequenzen in Bezug auf die Arbeit, das Selbstwertgefühl oder die sozialen Kontakte hat. Die häufigste gewählte Strategie sei jedoch, sich zurückzuziehen. Für das Umfeld sowie diese Person entsteht dadurch laut Holzer (2016, 8), ein Teufelskreis. Menschen mit psychischen Störungen entwickeln durch die Erwartungen des Umfelds Angst und Unsicherheit, mit ihrem Umfeld in Kontakt zu treten. Dadurch ziehen sie sich immer mehr zurück. Das Umfeld wiederum verbinde mit dem Rückzug Ablehnung, wodurch es sich immer mehr von den Menschen mit psychischen Störungen abwendet. Somit stehe die Selbst- und Fremdstigmatisierung in einer wechselseitigen, sich beeinflussenden Beziehung zueinander.

Stigmatisierungen, wie zum Beispiel: «Menschen mit Schizophrenie sind gefährlich» oder «Menschen, die Kokain konsumieren sind kriminell», entstehen gemäss Aydin und Fritsch (2015, 247) erst dann, wenn Zustimmung und negative Gefühle, wie beispielsweise Furcht, bestehen. Sobald sich das Verhalten der Gesellschaft den Vorurteilen anpasse, entwickle sich eine ungleiche Behandlung, was zu Diskriminierung führe. Studien zeigen laut Dümmler und Sennekamp (2013,17) auf, dass fehlerhaftes oder gar fehlendes Wissen über die Störungen hauptsächlich zu Stigmatisierungen führt.

Diskriminierung von Menschen mit einer psychischen Störung tritt gemäss Dümmler und Sennekamp (2013,17) auf unterschiedlichen Ebenen auf. Dies bestätigt auch die Theorie von Link. Zum einen gebe es die Selbststigmatisierung und zum anderen die öffentliche und strukturelle Stigmatisierung. Bei der Stigmatisierung auf der öffentlichen und strukturellen Ebene seien Ungleichbehandlungen in den Bereichen Politik und Gesundheitswesen gemeint.

Auf der Ebene der Selbststigmatisierung unterteilen Dümmler und Sennekamp (2013,18) in objektive Diskriminierung sowie in subjektive Erwartungen. Unter dem Begriff der subjektiven Erwartungen sei die Annahme gemeint, von der Gesellschaft nicht akzeptiert und so ausgeschlossen zu werden. Objektive Diskriminierung sei der Glaube der Menschen mit psychischen Störungen daran, dass die Stigmata der Öffentlichkeit recht behalten und sie sich selbst somit als inkompetent ansehen. Die objektive Diskriminierung als auch die subjektiven Erwartungen erschweren es den Menschen mit psychischen Störungen nach Wohnung, Arbeit oder Partnerschaft zu suchen.

Um der Fremdstigmatisierung (öffentliche Stigmatisierung) entgegenzuwirken, ist es hilfreich, dass nicht nur diejenigen mit psychischen Störungen, sondern auch ihr soziales Umfeld über die Risiken und Folgen einer Stigmatisierung informiert werden, erwähnen Dümmler und Sennekamp (2013, 19). Dazu gehöre auch die Aufklärung über das Krankheitsbild und dessen Verlauf. Die Aufklärungsarbeit erweise sich als sehr effizient und stärke Menschen mit psychischen Störungen. Bereits seit 40 Jahren gebe es Vereine, die in der Öffentlichkeit Aufklärungsarbeit leisten und sich einsetzen, so Dümmler und Sennekamp (2013, 20). Es sei notwendig, dass sich die Aufklärungsarbeit nicht nur auf

das soziale Umfeld beschränkt, sondern auch Fachpersonen miteinschliesst. So belegen laut dem Bundesamt für Gesundheit (2017, online) Studien, dass auch Fachpersonen viele Vorurteile gegenüber Menschen mit psychischen Störungen haben. In der Studie von Nordt, Rössler und Lauber (2006, online) untersuchten sie die Haltung, die Fachleute gegenüber Menschen mit Schizophrenie haben. Das Resultat zeigte, dass Psychologen und Psychologinnen am häufigsten negative Stereotypen haben und sich auch viele Fachpersonen von Menschen mit Schizophrenie distanzieren. In der Studie wurde jedoch nicht recht klar, welche genauen Stigmata seitens der Fachpersonen bestehen.

3.6 Konzepte des betreuten Wohnens

In diesem Teil des theoretischen Rahmens werden Konzepte vorgestellt, die im sozialpädagogischen Alltag des betreuten Wohnens angewendet werden. Das Konzept des Empowerments und das Konzept des Recovery sind ressourcenorientiert, zeigen den Bezug zur Sozialen Arbeit klar auf und verbinden die Theorie mit der Praxis. Die Konzepte vereinen die herausgearbeiteten theoretischen Erkenntnisse und gehen auf das vorgestellte Verständnis von Gesundheit ein.

In diesem Theorie-Praxis-Transfer wird das Wissen aus Psychologie und therapeutischen sowie sozialpädagogischen Ansätzen im Alltag des betreuten Wohnens betrachtet.

Zuerst werden die verschiedenen Aspekte der Begriffe «Empowerment» und «Recovery» aufgezeigt. Danach wird die Umsetzung im betreuten Wohnen und allfällige Schwierigkeiten betrachtet.

3.6.1 Empowerment

Der Begriff «Empowerment» stellt Herriger (2006, 15) in Bezug zur Lebenswelt. Dabei sei es das Vermögen von Menschen, Schwierigkeiten und Probleme ihres Alltags aus eigener Kraft zu lösen oder zu bewältigen. Die lebensweltbezogene Definition von Empowerment stelle das Individuum und seine Alltagsmeisterung in den Mittelpunkt. Themen des Empowerments seien Selbstorganisation und Autonomie. Die Klientel der Sozialen Arbeit fühle sich laut Sohns (2007, 75) oft abhängig von der Hilfe der Professionellen und daher besteht wenig Autonomie und Selbstorganisation. Damit sich dies ändere, versuche Empowerment hierarchische Strukturen zu lösen. Somit lerne die Klientel sich selbst zu helfen und zu verwirklichen. Die Klientel bestimme den Auftrag und dessen Durchführungen selbst, damit deren Selbstbestimmung gefördert wird.

Das Ziel der Empowerment-Praxis definiert Herriger (2002, 1) folgendermassen: *«Ziel der Empowerment-Praxis ist es, die vorhandenen (wenn auch vielfach verschütteten) Fähigkeiten der Adressaten psychosozialer Dienstleistungen zu autonomer Alltagsregie und Lebensorganisation zu kräftigen und Ressourcen freizusetzen, mit deren Hilfe sie die eigenen Lebenswege und Lebensräume selbstbestimmt gestalten können.»*

Somit stellt Empowerment einen Prozess dar, in dem bereits vorhandene Ressourcen gestärkt werden. Es gibt eine Veränderung von Abhängigkeit und Bevormundung, so

Herriger (2006, 16), und es kommt zu einem aktiven Akteur mit Autonomie und Selbstbestimmung, bei welcher die erlernte Hilflosigkeit abgelegt wird. Empowerment steht gemäss Herriger (2006, 20) mit einer Art Arbeitsdefinition in Zusammenhang, bei der sich Menschen in Situationen der Benachteiligung oder gesellschaftlicher Ausgrenzung ihrer Fähigkeiten bewusstwerden. Individuelle und kollektive Ressourcen werden für eine selbständige Alltagsführung genutzt.

Empowerment im betreuten Wohnen bringe Schwierigkeiten mit sich. Beispielsweise erlauben institutionelle Grenzen nur teilweise auf individuelle Bedürfnisse des Bewohnenden einzugehen, so Dümmler und Sennekamp (2013, 72). Durch den Umstand, dass sich viele Institutionen entweder auf Substanz oder andere psychische Störungen spezialisieren, ist es ihnen nicht möglich, auf die unterschiedlichen Bedürfnisse einzugehen, so Moggi und Donati (2004, 34 ff). So werde Menschen mit komorbiden Störungen die Aufnahme in Institutionen verwehrt. Dies führe zu einer Polarisierung einer dieser Störungen, was möglicherweise ein Nachteil sei. Wenn sich Behandlungen nur auf eine der bestehenden Störungen fokussieren, oder eine zweite Störung gar nicht erkannt werde, führe dies zu einer Chronifizierung oder zu schlechteren Verläufen der Störungen. Infolgedessen wird laut Dümmler und Sennekamp (2013, 71 ff) die Selbst-/Mitbestimmung nur teilweise gefördert. Einen Weg, um Mitbestimmungen zu fördern, sehen sie darin, den Bewohnenden unterschiedliche attraktive Möglichkeiten aufzuzeigen und sie frei entscheiden zu lassen.

Eine weitere Herausforderung stellt laut Dümmler und Sennekamp (2013, 71 ff) die nicht vorhandene Motivation der Bewohnenden dar. Ohne Eigeninteresse der Bewohnenden, autonom zu arbeiten oder etwas zu organisieren, stelle sich die Förderung von Selbstständigkeit und -organisation schwierig dar.

Bevormundung, Abnahme der Aufgaben oder geringe Förderung von Eigenaktivitäten könnten Gründe für die mangelnde Motivation sein, so Dümmler und Sennekamp (2013, 73). Selbst erarbeitete Ziele wirken dem entgegen. Sie seien den eigenen Interessen angepasst und könnten so die Motivation stärken. Als Pluspunkt werde zudem so Machtgefälle abgebaut und die Selbstermächtigung und Selbsthilfe gefördert. Bei der Erarbeitung der Ziele werden die Bewohnenden im Idealfall dabei unterstützt, diese möglichst niederschwellig zu gestalten (vgl.3.4.4).

Durch diesen Aufbau der Selbstbestimmung und dem Abbau von Minderwertigkeitsgefühlen wirkt Empowerment im betreuten Wohnen stark der Selbststigmatisierung (vgl. 3.4.2) entgegen, so Dümmler und Sennekamp (2013, 73). Menschen mit psychischen Störungen, die sich selbststigmatisieren, haben eine negative Haltung gegenüber sich selbst, fühlen sich minderwertig und haben kein Selbstvertrauen, so Rüschi, Berger, Finzen, und Angermeyer, (2004, 5). Durch eine Förderung der Selbstbestimmung werde das Selbstvertrauen von Menschen mit Selbststigmatisierung gestärkt.

3.6.2 Recovery

Das Recovery-Konzept ist in der Fachliteratur über Schizophrenie sowie Substanzstörung aufgetaucht. In Zusammenhang mit betreutem Wohnen wird es als ein gesamtgesellschaftlicher Ansatz betrachtet, der Gesundheit fördert und somit den Bedürfnissen der Menschen mit komorbiden Störungsbildern entspricht.

Der Recovery-Ansatz beinhaltet gemäss Dümmler und Sennekamp (2013, 23) Zuversicht, Hoffnung und der Glaube an eine Veränderung zum Positiven. Dieser Ansatz sei ganzheitlich, individuell, kreativ und fokussiere die Gesundheit und Lebensqualität. Die Rückgewinnung der Kontrolle über das eigene Leben und eine Stabilisierung der Identität sind laut Dümmler und Sennekamp (2013, 24) zentral, ebenso wie eine aktive Beteiligung am gesellschaftlichen Leben. Der Umgang und die Weiterentwicklung durch das Erlebte, eine Integration von Erfahrungen und nicht die Rückkehr in den Zustand vor beispielsweise einer Psychose, sei der Grundgedanke der Recovery-Konzepts. Es vermittele das Verständnis, dass Gesundheit immer neben Krankheit existiere und auch immer erreichbar sei. Es bedeute keine Heilung im medizinischen Sinne. Wichtige Bestandteile von Recovery sind die Gesundheit und Gesundheitsförderung, die Resilienz und das Empowerment, wie es Dümmler und Sennekamp (2013, 28 ff) beschreiben. Dabei spielen auch die Salutogenese und das Kohärenzgefühl, wie bereits im Bezug zur Schizophrenie beschrieben wurde, eine wichtige Rolle.

Resilienz und Empowerment sind eng miteinander verbunden, so Dümmler und Sennekamp (2013, 31). Bei ausgeprägterem Resilienz-Empfinden falle das sich Wehren, das sich selbst Helfen oder das sich Engagieren einfacher. Mit Resilienz sind gemäss Dümmler und Sennekamp (2013, 30) nicht nur Erfahrungen aus der Kindheit gemeint, sondern vielmehr die Elastizität im Umgang mit der eigenen Störung. Der Recovery-Ansatz liege in der Betrachtungsweise, dass die jeweiligen Personen Experten ihrer Störung seien. Darum sei es wichtig, dass sie auch das Wahlrecht haben, wann und wo sie Unterstützung benötigen.

Die Umsetzung des Recovery-Ansatzes im betreuten Wohnen ist gemäss Dümmler und Sennekamp (2013, 69 ff) eingeteilt in die Förderung von Gesundheit, der Resilienz, sowie des Empowerments. Die Förderung der Gesundheit basiere auf dem Verständnis, dass auch trotz psychischer Störungen eine positive Gesundheit möglich sei. Dies geschieht beispielsweise durch eine ausgewogene Ernährung oder ein sportliches Aktivitätsangebot und wird laut Dümmler und Sennekamp (2013, 69) mit der Begleitung zu regelmässigen Arztbesuchen unterstützt. Eine Grundversorgung sei im begleiteten Wohnen gewährleistet, wobei beispielsweise die Zimmer nach gewissen Wünschen ausgestattet sind.

Auch das soziale Wohlbefinden ist gemäss Dümmler und Sennekamp (2013, 69 ff) ein wichtiger Faktor, welcher durch soziale Kontakte und Strategien im Umgang mit Stigmatisierungen unterstützt wird. Um die Selbstwirksamkeit der Bewohnenden zu stärken gehe es darum, Bedürfnisse, Wünsche und Ressourcen zu erkennen und sie in der Umsetzung zu bestärken. Es sei hilfreich, Bewohnende über ihre Störung und dessen Verlauf aufzuklären und sie zu einer aktiven Partizipation in der Gesellschaft zu befähigen.

Baumeler und Philipp (2019, 168) sehen die Ressourcenaktivierung im Umfeld zur Gesundheitsförderung als wichtige Aufgabe der Sozialen Arbeit. Frühzeitige und kontinuierliche Vernetzungsarbeit sei wichtig, um bestehende Hilfesysteme zu erhalten und neue zu aktivieren. Die Förderung der Resilienz bei Menschen mit einer Schizophrenie und Substanzstörung beschreiben Dümmler und Sennekamp (2013, 70 ff) als ein Anleiten, sich mit der Störung auseinanderzusetzen, Informationen bereitzustellen und Ansätze im Umgang damit zu erarbeiten.

Für eine Gesundheitsförderung erklären Moggi und Donati (2004, 75), dass der Einsatz von persönlichen und sozialen Ressourcen erlernt, geübt und automatisiert wird. Sie sehen dabei den Aufbau eines gesunden Lebensstils als Ziel. Dies geschehe durch den Aufbau eines Beziehungsnetzes oder das Erlernen von Belastungsbewältigungsstrategien. Gemäss Moggi und Donati (2004, 80 ff) soll den Menschen mit komorbiden Störungen ein strukturierter Tagesablauf geboten werden. Herausgearbeitete substanzstörungs-inkompatible Verhaltensabläufe würden helfen, zu Ausgeglichenheit und einem stressarmen Lebensstil zu führen. Auch Freizeit und soziale Beziehungen seien Bestandteil eines gesundheitsfördernden Lebensstils. Durch den Substanzkonsum bewegen sich Menschen mit einer Substanzstörung oft in einem gewissen Milieu und werden sozial abgeschottet. Dies gelte es zu durchbrechen und gesunde Beziehungen einzugehen. Moggi und Donati (2003, 82) bestärken Menschen mit komorbiden Störungen darin, eigene Ansprüche an soziale Beziehungen wahrzunehmen, sich diese zu erlauben und offen zu vertreten.

3.7 Fazit des theoretischen Rahmens

Der theoretische Rahmen der Arbeit wurde auf unserer vorausgehenden Fragestellung basierend erarbeitet.

Was sind sozialpädagogische Ansätze im Bereich «betreutes Wohnen» im Umgang mit der Komorbidität: Schizophrenie und Substanzstörung?

Zusammenfassend führt der theoretische Rahmen zu folgenden Schlussfolgerungen:

Jeder Mensch hat eine psychische Gesundheit, auch wenn nicht jeder zwingend eine psychische Störung hat. Die psychische Gesundheit wird nicht als starr angesehen, sondern als veränderbar. Möglicherweise verbessert oder verschlechtert sie sich. Aus diesen Gründen erachten wir es als geeignet, die Störung der psychischen Gesundheit als solche zu betrachten und nicht als psychische Krankheit. Wir gehen davon aus, dass die alltägliche Funktionsfähigkeit auch mit Schizophrenie und Substanzstörung weitgehend erhalten bleibt. Denn verschiedene Faktoren, wie die Körperfunktionen, die Aktivität der Person, sowie deren Teilhabe im Leben beeinflussen das Wohlbefinden. All diese Komponenten stehen in einer Wechselwirkung zueinander und werden durch umwelt- und personenbezogene Aspekte verstärkt oder geschwächt.

Die Erklärungsmodelle der komorbiden Störungen verfolgen unterschiedliche Ansätze, welche Störung, auf welche folgt. Diese Modelle konnten jedoch nur teilweise wissenschaftlich belegt werden. Daraus schliessen wir die Wichtigkeit, jede Person individuell

zu betrachten und dass es kein Modell gibt, welches auf alle zutrifft. Erklärungsmodelle öffnen den Blick der Professionellen der Sozialpädagogik, indem sie die Entstehung der Störungen, sowie deren therapeutischen Ansätze aufzeigen. Generell sind wir jedoch der Meinung, dass Erklärungsmodelle keine Auswirkungen auf die Arbeit der Professionellen haben dürfen, um den Menschen nicht auf die Störung zu reduzieren. Menschen mit psychischer Störung werden idealerweise als die Experten ihrer eigenen Störung betrachtet. Jedoch geht jeder mit seiner Störung anders um und es ist hilfreich, Wissen über die Entstehung zu haben, um Interventionen zu planen und im Austausch mit den Menschen mit der psychischen Störungen Ziele zu erarbeiten.

Sozialpädagogische Ansätze mit den jeweiligen Störungsbildern beinhalten unterschiedliche Handlungsweisen im Umgang. Die Unterschiede sind beispielsweise in der Gesprächsstruktur oder Kommunikation gross, wenn der Fokus auf eine der beiden Störungen gelegt wird. Die beiden Störungsbilder kämpfen auch mit unterschiedlichen Stigmatisierungen, was belastend ist. So gilt es, auch im sozialpädagogischen Umgang zu berücksichtigen. Unwissen oder falsches Wissen bezüglich Schizophrenie führt in der Gesellschaft, wie auch seitens der Professionellen zu Stigmatisierung. Im sozialpädagogischen Umgang mit der Komorbidität eignet sich eine Mischform der jeweiligen Ansätze, dabei ist jedoch eine bewusste Beachtung der unterschiedlichen Störungen zentral.

Das Konzept des Empowerments eignet sich gut für den Umgang mit Menschen mit der Komorbidität Schizophrenie und Substanzstörung, denn sie fördert die Selbstbestimmung, das Selbstwertgefühl und vermindert die Selbststigmatisierung. Wichtig dabei ist für uns jedoch zu erwähnen, dass die Selbstbestimmung im Setting des betreuten Wohnens durch die gegebenen Strukturen an Grenzen stösst.

Für das Recovery-Konzept ist die Rückgewinnung des eigenen Lebens, die Beteiligung im sozialen Umfeld und die Stabilisierung der Identität zentral. Recovery hat den Kerngedanken, dass neben einer Störung auch immer Gesundheit besteht. Es geht nicht um die Heilung im medizinischen Sinn. Anhand von Empowerment, Resilienz und Gesundheit wird ein menschenwürdiges Leben angestrebt. Aus diesem Grund eignet sich auch dieses Konzept im Umgang im betreuten Wohnen mit Menschen mit der Komorbidität Schizophrenie und Substanzstörung.

3.7.1 Hypothesen

Auf dieser theoretischen Grundlage stützend wurden folgende Hypothesen formuliert:

Hypothese 1: Substanzstörungen und Schizophrenie erfordern einen unterschiedlichen Umgang, was bei Professionellen der Sozialpädagogik des betreuten Wohnens besondere Ansätze erfordert.

Die Symptome der beiden Störungsbilder unterscheiden sich gemäss ICD-10 komplett und in der Literatur werden störungsspezifische Handlungsansätze beschrieben, welche jeweils Unterschiede zueinander aufwiesen. Dies wird beispielsweise in der Kommunikation oder Gesprächsführung, sowie der Haltung sichtbar.

In der Praxis führt eine Komorbidität beider Störungsbilder oftmals dazu, dass der Fokus nur auf die eine Störung gelegt wird und die andere Störung in den Hintergrund gerät. In der Theorie wird jedoch beschrieben, dass es sinnvoll ist, bei einer Komorbidität Schizophrenie und Substanzstörung auf beide Störungsbilder einzugehen, da sich diese gegenseitig beeinflussen und sich Interventionen dadurch komplexer gestalten.

Hypothese 2: Die strukturellen Bedingungen des betreuten Wohnens erschweren den Umgang mit der Komorbidität von Schizophrenie und Substanzstörung.

Die strukturellen Einschränkungen von Institutionen, wie beispielsweise Ein- und Ausschlusskriterien bedeuten Stigmatisierungen für Menschen mit komorbiden Störungen. Institutionen, die auf Menschen mit psychischen Störungen ausgerichtet sind, fordern oftmals die Abstinenz. Für Menschen mit Substanzstörungen ist dies jedoch nicht immer realistisch. Es wäre daher sinnvoll, nicht die Abstinenz, sondern eine Verbesserung der Lebensbedingungen anzustreben.

Um Menschen mit der Komorbidität von Schizophrenie und Substanzstörung im betreuten Wohnen angemessen zu begleiten, ist die Umsetzung der Selbstbestimmung durch Empowerment erforderlich. Jedoch wird die Selbstbestimmung durch die institutionellen Vorgaben und Regeln stark eingeschränkt, so dass die Umsetzung des Empowerments an Grenzen stösst.

4 Forschungsvorgehen

Der Gegenstand einer sozialwissenschaftlichen Forschung ist gemäss Gläser und Laudel (2010, 24) das soziale Handeln und hat das Ziel, dessen Ablauf und Wirkung zu erklären. Es sei eine Untersuchung von bestimmten Sequenzen aus der sozialen Welt und die Deutung der daraus resultierenden theoretischen Schlussfolgerungen.

Unsere Forschungsgruppe besteht aus Professionellen der Sozialpädagogik, die in einer Institution des betreuten Wohnens mit erwachsenen Menschen arbeiten, welche gleichzeitig eine Substanzstörung und Schizophrenie aufweisen. Wir haben uns für Erwachsene entschieden, da wir davon ausgehen, dass bei ihnen komorbide Störungsmodelle häufiger vorkommen als bei Jugendlichen oder Kindern, da diese oftmals erst im Erwachsenenalter diagnostiziert werden.

Um eine möglichst detaillierte und breite Forschung zu betreiben, haben wir uns für eine Ergänzung von mehreren Methoden entschieden. Im folgenden Abschnitt werden diese genauer beleuchtet und begründet.

4.1 Dokumentenanalyse

Eine Dokumentenanalyse wird gemäss Thaler (2013, 11), der sich dabei auf Wolff (2010)⁷ stützt, als ein Hilfsmittel zum Zugang zu schriftlichen Dokumenten beschrieben. Die Dokumentenanalyse zeige strukturelle Probleme auf, so Thaler (2013, 11). Dies war für uns der ausschlaggebende Grund, warum wir eine Dokumentenanalyse vornahmen und dabei die Leitbilder und Webseiten der gewählten Institutionen verglichen. Die Dokumente sind gemäss Flick (2019, 222) von Institutionen verfasste Akten, die zur Forschung bereitstehen. Jedoch sei der Vergleich zwischen verschiedenen Institutionen schwierig, da inhaltliche Schwerpunkte individuell gesetzt werden und Vergleiche deshalb schwer zu machen sind. Dennoch konnten wir durch die Gegenüberstellung wichtige Schwerpunkte und Unterschiede in einem Fazit festhalten.

4.2 Beobachtung

Wir haben uns für die Methode der Beobachtung entschieden, da wir durch sie einen realen Einblick in eine Eins-zu-eins-Situation zwischen Professionellen und Bewohnenden mit Schizophrenie und Substanzstörung erhalten.

Bei den ausgewählten Sequenzen haben wir den Fokus bewusst auf die Rolle der «Beobachterin als Teilnehmerin» nach Heiser (2018, 72) gelegt. Da die Sequenzen zeitlich knapp waren, fanden wir diese Priorisierung als passend.

Zwar wird in dieser Rolle das Problem der Überidentifikation, sowie der Verlust der kritischen Distanz umgangen, Heiser (2018, 72). Es bestehe jedoch das Risiko, dass durch

⁷ Vgl. Wolff, Stephan. «Dokumenten- und Aktenanalyse». In: Flick, Uwe. Von Kardoff, Ernst., Steinke, Ines (Hrsg.) *Qualitative Forschung. Ein Handbuch*. Reinbek bei Hamburg: Rowohlt, 2010. S. 502-514.

die nicht vorhandene Identifikation mit den beteiligten Personen, eine sinnverstehende Interpretation verfälscht wird.

Um diese Problematik zu umgehen, haben wir nach jeder Beobachtung ein Interview mit den zu beobachtenden Professionellen durchgeführt, um aufgekommene sinnverstehende Fragen zu klären.

Um die Beobachtung detailliert zu erfassen, haben wir im Vorherein ein Beobachtungsraster erstellt⁸, welches die Erkenntnisse unseres Theorieteils beinhaltet und unsere Hypothesen beantwortet. Auf dem Recovery-Konzept basierend, beinhaltet es die Punkte Kommunikation, Tagesstruktur, sowie Gesundheit, Resilienz und Empowerment.

Auch bei den weiteren Schritten haben wir uns an die Angaben von Heiser (2018, 70 ff) gehalten. Als Erstes versuchten wir einen umfassenden Überblick der Gesamtsituation zu erhalten. Danach konzentrierten wir uns auf die Punkte, welche wir in unserem Beobachtungsraster aufgelistet hatten. Während der Beobachtung machten wir uns jeweils eigene Notizen. Anschliessend besprachen wir unsere Ergebnisse und schrieben Unklarheiten heraus.

4.3 Leitfadeninterview

Um unsere Forschungsfrage möglichst umfassend und präzise zu beantworten, haben wir uns entschieden, drei qualitative Leitfadeninterviews durchzuführen. Das Leitfadeninterview wird nach Loosen (2016, 29) in die Kategorie nicht-standardisierte Interviews eingeteilt. Dennoch gibt es im Leitfadeninterview laut Loosen (2016, 143) eine gewisse Struktur, die durch den Leitfaden vorgegeben wird. Dieser betrachtet Loosen (2016, 141) als Mittel um «*verbale Daten*» zu untersuchen.

Ein Leitfaden enthält laut Loosen (2016, 144) Hauptthemen und die dazu passenden Fragen. Wir haben folgende Hauptthemen von unserer Theorie abgeleitet: Gesundheit, Empowerment, Bild der psychischen Gesundheit, Stigmatisierung, Kommunikation, Resilienz⁹. Die Themen sowie die Fragen wurden in eine für uns thematische Reihenfolge gebracht. Loosen (2016, 44) schreibt jedoch, dass die Themen zwar in eine logische Reihe eingeteilt werden, diese sich jedoch während dem Gespräch verändern. Allen Hauptfragen wurden konkretisierte Unterfragen zur Ausführung zugeteilt. Die bewusst gewählte Einleitungsfrage zielte darauf ab, die Stimmung aufzulockern und die interviewte Person dabei zu unterstützen, ungehemmt zu erzählen. Wichtig war es uns ausserdem, mit der letzten Frage zu erreichen, dass das Interview ein positives Gefühl hinterliess.

⁸ Vgl. Beilagen

⁹ Vgl. Beilagen

4.4 Qualitative Inhaltsanalyse

Die Stärke der qualitativen Inhaltsanalyse ist gemäss Mayring (2015, 61), dass das Interpretationsverfahren in Schritte zerlegt wird und diese analysiert werden. Dies mache die Inhaltsanalyse für andere nachvollziehbarer.

Auf den theoretisch erarbeiteten Grundlagen wird gemäss Gläser und Laudel (2010, 201) ein Kategoriensystem aufgebaut. Dies sichere auch den Bezug zur Forschungsfrage. Das Suchraster, welches wir Kategorienraster nannten, werde anhand der erarbeiteten Theorie strukturiert. Dieses Kategorienraster ist idealerweise offen, so Gläser und Laudel (2010, 201 ff), damit auch bei der Bearbeitung des Datenmaterials die Möglichkeiten bestehen, noch Änderungen vorzunehmen. Dies gewährleiste, dass das Spannungsverhältnis zwischen Theorie und Praxis, was in unserer Arbeit von zentraler Bedeutung ist, untersucht wird. Unsere Kategorien definierten wir theoriegebunden wie folgt: Gesundheit, Resilienz, Empowerment, Gesprächsführung, Stigmatisierung und strukturelle Einschränkungen.

Bei der Strukturierung dieser Daten wird gemäss Mayring (2015, 97) ein Codierungssystem herausgearbeitet, um genau aufzuzeigen, welche Textbestandteile zu welchem Code und dementsprechend in welche Kategorie gehören. Dies benennen Gläser und Laudel (2010, 200) als Extraktion und beschreiben damit das Herausheben wichtiger Informationen aus den methodisch gewonnenen Daten. Das Herausheben und Bearbeiten des Datenmaterials werde immer mit dem Verweis auf die Textstelle gemacht, um inhaltliche Nachverfolgung zu gewährleisten. Wir erstellten dazu eine Excel-Tabelle mit einem eigenen Register für jede Kategorie. Danach wurden anhand der Codes die relevanten Textstellen mit Quelle versehen herausgeschrieben.

Das Datenmaterial wird gemäss Gläser und Laudel (2010, 202) zusammengefasst und auf Widersprüche oder Besonderheiten geprüft und den passenden Kategorien zugeordnet. Das Raster, welches aus all dem entsteht, ergebe die Informationsbasis für die Auswertung.

Durch eine inhaltliche Strukturierung wird danach das Material herausgetragen, so Mayring (2015, 103). Danach werde der Inhalt themenbezogen präsentiert. Die einzelnen Informationen mit sinnesgleicher Bedeutung werden gemäss Gläser und Laudel (2010, 230) zusammengefasst. Die Quellenangaben bleiben erhalten, um die Nachvollziehbarkeit zu gewährleisten. Es zeige auch auf, wie häufig die Information auftauche.

4.5 Grenzen des Forschungsvorgehens

Für unsere Forschung war die Idee zu Beginn, die Sichtweise von Professionellen der Sozialpädagogik, sowie auch diejenige der Menschen mit Schizophrenie und Substanzstörung miteinzubeziehen. Dies war aber ethischen Überlegungen zufolge nicht umsetzbar, da die Menschen mit solchen Störungsbildern eine verletzbare Gruppe darstellt und mögliche Folgen eines solchen Eingriffs in die Privatsphäre nicht getragen werden könnte. Aus Datenschutzgründen wurden die Institutionen anonymisiert, sowie die Namen der interviewten und beobachteten Personen geändert. Alle beteiligten Personen

waren mit der Teilnahme einverstanden und konnten jederzeit das Interview oder die Beobachtung abbrechen.

Als besonderes Problem beschreiben Gläser und Laudel (2010, 179), dass Menschen einsilbig antworten oder nur sehr kurz auf die Frage eingehen. Als Ursachen sehen sie Desinteresse, das dazu führe, dass die interviewte Person sich wünscht, dass das Interview schnell wieder ende oder die Person stelle sich vor, dass kurze Antworten gewünscht seien. Dies färbe dann in einer Gegenreaktion auf die interviewende Person ab, so dass die Nachfragen auch kurz und bündig ausfallen oder mehrheitlich geschlossene Nachfragen gestellt würden.

Gläser und Laudel (2010, 179 ff) beschreiben dazu, dass in solchen Situationen, wenn möglich, erzählungsanregende Fragen gestellt werden. Gezielte Pausen fördern zudem das Nachdenken der interviewten Personen für Antworten.

Die Entscheidung, welche Situation und für wie lange diese beobachtet werden, wurde den Professionellen überlassen. Das einzige, was wir festlegten war, dass es eine Eins-zu-eins-Situation mit einer Person mit Schizophrenie und Substanzstörung sein muss.

5 Ergebnisse der empirischen Untersuchung

In diesem Kapitel der Arbeit werden die Ergebnisse der empirischen Untersuchungen einzeln dargestellt. Zuerst wird auf die Dokumentenanalyse eingegangen, danach im zweiten Teil auf die Interviews und Beobachtungen.

5.1 Drei Modelle des betreuten Wohnens

Die Institutionsbeschreibungen sind von den jeweiligen Institutionen gutgeheissen und behandeln folgende Punkte: Angebot, Klientel, Auftrag und einer Vorstellung der interviewten Sozialpädagoginnen. Anschliessend werden in einem Fazit die Unterschiede und Gemeinsamkeiten der untersuchten Institutionen als Ergebnisse der Dokumentenanalyse aufgezeigt.

5.1.1 Institution A

Die Institution A (s.d.,online) ist eine privatrechtliche, nicht gewinnorientierte Organisation, welche sich für Menschen mit einer Beeinträchtigung einsetzt. Die Institution bestehe aus dem sozioprofessionellen Bereich, der Sozialberatung und dem betreuten Wohnen.

Die Angebote des Bereichs Wohnen richte sich an erwachsene Personen mit einer psychischen Beeinträchtigung, die Institution A (s.d.,online). Die Voraussetzungen für eine Aufnahme seien, dass eine von der IV anerkannte Erwerbsunfähigkeit vorliegt und die Personen im Kanton wohnhaft seien. (In Ausnahmefällen werden ausserkantonale Fälle und nicht IV-Bezüger, wenn die Finanzierung geklärt ist, aufgenommen). Die angebotenen Wohnstrukturen befinde sich in zentraler, urbaner Lage. Damit werde ermöglicht, dass sich die Bewohnenden selbstständig bewegen und am gesellschaftlichen Leben teilnehmen, ohne dabei auf Unterstützung angewiesen zu sein. Der Auftrag im Bereich Wohnen bestehe darin, den Bewohnern und Bewohnerinnen eine professionelle Betreuung im privaten und institutionellen Lebensraum zu ermöglichen.

Der Fokus in der Begleitung wird in der Institution (s.d.,online) auf folgende Punkte gesetzt: sozialpädagogische und psychosoziale Betreuung, Selbstpflege und Gesundheit, soziale Integration und vertrauter Lebensort. Um Ziele zu erfassen würden persönliche Faktoren, Ressourcen, Schutz, Risiko- und Umweltfaktoren miteinbezogen. Die Ziele werden regelmässig an Standortsitzungen, welche mit den Bewohnenden und deren Netzwerk stattfinden, diskutiert. Die spezifischen Bedürfnisse und Probleme der Bewohner oder Bewohnerinnen werden im Hinblick auf Selbstbestimmung und soziale Integration berücksichtigt.

In der Institution A (s.d.,online) wird Wert auf interprofessionelle Zusammenarbeit gelegt. Dies ermögliche, das Interesse von Menschen mit psychischen Einschränkungen sowie das Interesse an deren Umfeld zu wahren. Es zählen die Grundwerte «*Respekt, Verantwortung, Gleichberechtigung und Solidarität*».

Unsere erste Interviewpartnerin war Florina¹⁰. Sie arbeitet auf einer Wohngruppe mit 24-Stunden-Betreuung. Das Interview führten wir in einem Raum der Institution und die Beobachtung auf dem Areal und im Stall der tiergestützten Intervention der Institution durch.

5.1.2 Institution B

Ein gemeinnütziger Verein ohne parteiliche oder konfessionelle Zugehörigkeit führt das teilbetreute Wohnen, nebst anderen Angeboten zur Unterstützung im Bereich Wohnen. Institution B (s.d., online) richtet sich mit dem teilbetreuten Wohnangebot an Erwachsene mit Substanzkonsum, sowie psychischen und sozialen Thematiken. Durch das begleitende und unterstützende Wohnangebot soll eine Tagesstruktur aufgebaut werden und die Bewohnenden mit externen Beratungs- und Fachstellen vernetzt werden. Das Gebäude steht in Nähe des Stadtzentrums und führt neun Einzelzimmer. Das Leitbild (s.d., online) beschreibt die Haltung der Institution als wertschätzend und achtsam in der menschlichen Würde und Individualität. Eine respektvolle, offene und konstruktive Gesprächsführung ist genauso Teil dieser Haltung. Als Auftrag (s.d., online) wird ein politischer und gesellschaftlicher Auftrag verstanden, um die zur Verfügung stehenden Mittel einzusetzen damit ein entsprechendes Wohnangebot geschaffen wird. Die Integration der Bewohnenden soll unterstützt und gefördert, sowie die Obdachlosigkeit überwunden werden. Die Bewohnenden sollen unterstützt werden, um mehr Perspektiven und Lebensqualität zu schaffen. Das Personal und die Kultur der Institution B (s.d., online) wird als fachlich kompetent, basierend auf Erfahrungs- und Fachwissen, beschrieben. Das Personal besucht regelmässig Weiterbildungen, um kontinuierlich den Anforderungen Stand zu halten. Sieben Personen begleiten die Bewohnenden während der Woche Tag und Nacht ausser von Samstagmittag bis Sonntagnacht. Die Aufbau- und Ablauforganisation der Institution (s.d., online) wird offen kommuniziert und überprüft. Die Arbeit der Institution soll fortlaufend reflektiert werden und wird als Komponente in einem vernetzten Prozess verstanden.

Das Interview führten wir mit der Sozialpädagogin Lara¹¹. Sie ist in der Begleitung des teilbetreuten Wohnens angestellt und Bezugsperson von zwei Bewohnenden. Die Beobachtung wurde im Büro der Fachpersonen der Sozialpädagogik durchgeführt, sowie im Einzelzimmer eines Bewohners.

5.1.3 Institution C

Das Angebot des betreuten Wohnens in der Institution C (s.d., online) richtet sich an erwachsene Frauen und Männer, die aus einem Massnahmen- oder Strafvollzug oder einer psychiatrischen Klinik kommen, die obdachlos waren, die aufgrund psychischer/physischer Gründe keine Arbeit und Unterkunft finden oder substanzabhängig sind. In der Institution werden Menschen mit einer Komorbidität nur dann aufgenommen, wenn ein psychologisches und/oder psychiatrisches Netzwerk sowie eine schriftliche

¹⁰ Name geändert

¹¹ Name geändert

Medikamentenvereinbarung vorhanden ist. Der Auftrag der Institution C (s.d., online) besteht darin, dass die ungünstigen Lebenssituationen der Bewohnenden stabilisiert werden und deren gesellschaftliche Teilhabe gefördert wird.

Die Institution C (s.d., online) arbeitet in interdisziplinären Teams eng mit den zahlenden Behörden, dem Praxiszentrum am Bahnhof und der Suchtbehandlung zusammen. Die Abgabe der Substitutionsmedikamente, welche in der Institution stattfindet, finde unter Sichteinnahme statt und müsse vom Arzt verordnet und vom Kantonsarztamt bewilligt sein. Es werde darauf geachtet, dass regelmässig Gespräche mit dem Arzt geführt werden.

Voraussetzung für einen Platz in der Institution C (s.d., online) ist die obligatorische Teilnahme am internen Arbeits- oder Beschäftigungsprogramm während drei Stunden, jeweils werktags am Vormittag, wenn keiner externen Arbeit nachgegangen wird. Dadurch wird eine sinnvolle Beschäftigung geboten und eine Tagesstruktur aufgebaut und aufrechterhalten werden. Die Tagesstruktur der Institution umfasse zusätzlich Verpflegung, medizinische Versorgung, Nachtaufsicht und Freizeitangebote. Folgende weitere Pflichten haben Bewohnende in der Institution C: «Duschen/Körperpflege, Wäsche waschen, Zimmerreinigung, Einkaufen, Gespräche mit der Bezugsperson führen, Wahrnehmen von Arztterminen und Behördengängen sowie das Einhalten der Hausordnung.» Die Institution C legt Wert darauf, dass bestehende Ressourcen der Bewohnenden erkennt, gefördert und aufrechterhalten werden.

Für unser letztes Interview hat sich die Sozialpädagogin Katja¹² zur Verfügung gestellt. Sie arbeitet im Bereich des betreuten Wohnens – einem Wohnangebot für Personen mit erhöhtem Betreuungsbedarf – in welchem eine 24-Stunden Betreuung angeboten wird. Die Beobachtung, sowie das Interview wurden im Büro dieser Abteilung der Institution durchgeführt.

5.1.4 Fazit

Es konnte im Auftrag aller Institutionen eine grosse Übereinstimmung festgestellt werden. Alle teilen folgende Ziele:

- die gesellschaftliche Teilhabe der Bewohnenden zu fördern
- das Schaffen von Perspektiven und Lebensqualität
- eine Stabilisierung der Lebenssituation ermöglichen
- das Wahren der Interessen und Individualität der einzelnen Bewohnenden

Alle Institutionen richten ihr Angebot an Erwachsene mit Unterstützungsbedarf im Bereich Wohnen und mit einer psychischen Störung. Zudem erwähnen alle eine interdisziplinäre Zusammenarbeit.

¹² Name geändert

Die Unterschiede der einzelnen Institutionen gestalten sich komplexer:

- Institution A hat eine interne Beratungsstelle, jedoch ist nichts aufgeführt über externe unterstützende Fachpersonen in Bezug auf Substanzmittelkonsum
- Institutionen B und C vernetzen mit externen Beratungs- und Fachstellen
- Institution C zieht bei internen Substitutionsmedikamenteneinnahmen ärztliche Fachpersonen hinzu
- Institutionen A und C führen ein internes Arbeits- und Beschäftigungsprogramm
- Institution C führt verschiedene Pflichten der Bewohnenden auf
- Institution B und C führen den Substanzkonsum als getrennten Punkt zu psychischen Störungen auf

Erwähnenswert ist, dass nur Institution C explizit Menschen mit einer Komorbidität anspricht, die jedoch nur dann aufgenommen werden, wenn sie in einem psychologischen oder psychiatrischen Netzwerk eingebunden sind und eine Medikamentenverordnung vorliegt.

5.2 Ergebnisse aus Interviews und Beobachtungen

Die Ergebnisse aus den Interviews und Beobachtungen werden in diesem Kapitel themenspezifisch präsentiert. Die im Theorieteil gewählten Kategorien ergeben die Unterkapitel. Die Kategorien werden zuerst kurz in ihrer Herleitung erläutert und beinhalten die gewählten Codes.

5.2.1 Gesundheit

Die Förderung der Gesundheit ist ein Teil des Recovery-Ansatzes. Dabei steht die Gesundheit im Zentrum, dass das Ziel nicht die Heilung, sondern der erfolgreiche Umgang mit der Störung ist. Die theoretischen Ausführungen, die Beobachtungen und Gespräche verweisen auf folgende Strategien zur Gesundheitsförderung: Durch körperliche Aktivität, durch Sicherheitsmassnahmen, durch Aktivitäten an der frischen Luft, durch das Erlernen des Umgangs mit Substanzen, durch Ernährung, durch das soziale Umfeld oder Beziehungen, durch Arzt- und Therapiebesuche oder durch den Abbau von Stress mithilfe von Selbstbestimmung, regelmässiger Tagesstruktur und Arbeit. Dies führt zu einer Stabilisierung und Beruhigung von alltäglichen Situationen, um auch Umgangsstrategien mit dem Konsum zu erarbeiten.

In der Institution C sind die **Aspekte «körperliche Aktivität», «Sicherheitsmassnahmen» und «Aktivitäten an der frischen Luft»** nicht ersichtlich. In der Institution A werden Spiele im Freien angeboten (Florina, 85-93) und es gibt einen Raum, in dem Sportgeräte zur Verfügung stehen. Bei der Beobachtung der Stallarbeit ist auffallend, dass die Klientin die Ohren vor der Kälte schützte und die Handschuhe erst nach der Pause, auf Aufforderung von Florina, anzog. Bei der Stallarbeit sind Sicherheitsregeln ausgeschrieben. Konsequenz zieht Institution B (Lara, 231-239) das Rauchverbot in den Zimmern durch, dies aufgrund der Gefahr eines Brandes.

Der **Umgang mit Substanzen** ist in den drei Institutionen sehr unterschiedlich. In Institution C (Katja, 41-42) kennen fast alle Bewohnende die Problematik des Substanzkonsums. Es gäbe einzelne Personen, die an einem Substitutionsprogramm teilnehmen, und solche, die ausserhalb des definierten Areals konsumieren oder in die Anlaufstelle gehen. Katja erklärt (76): *«Also der Konsum ist definitiv präsent.»*, auch wenn einzelne nicht konsumieren (78). Institution B ist nicht abstinenzorientiert und führt einen Hygienerraum (Lara, 133-142). Dort findet grundsätzlich der Konsum statt. Dies sei allerdings nicht realistisch, darum werde dieser Raum hauptsächlich für den Konsum mit Spritzen gebraucht. Dies vor allem auch zum Schutz der konsumierenden Bewohnenden, da diese besser überwacht werden. In Institution A gibt es gemäss Florina (37-40) einen besonderen Umgang mit Cannabis oder CBD: Auf dem Areal ist der Konsum und Besitz strikt verboten. *«Da würden wir dann auch, wenn das jemand hat, Zimmerkontrollen machen.»* (Florina, 39-40). Grundsätzlich erlaube die Institution A keinen Alkohol (Florina, 57-68): Es gäbe allerdings individuelle Abmachungen mit Bewohnenden, bei welchen das Trinken von schwachem Alkohol erlaubt ist, dann werden jedoch Blastests vor Medikamenteneinnahmen gemacht.

Konsequenzen bei nicht erlaubtem Konsum werden in Institution A mit einem Ampelsystem überwacht (Florina, 57-68): Wenn der rote Bereich erreicht werde, gebe es ein Gespräch mit dem Direktor, führe zu einer engeren Begleitung des Bewohnenden oder gar zu einem Ausschluss (Florina, 71-79). Alkohol werde weggeschüttet und Cannabis ins WC gespült. Auch Institution B hatte lange ein bestehendes Alkoholverbot (Lara, 201-205). Dies sei heute allerdings nicht mehr in Kraft, da dies für Personen mit Alkoholproblemen nicht realistisch sei. Es sei jedoch nach wie vor nur bedingt geduldet, da ein Überkonsum an Wochenenden dadurch vermieden werde (Lara, 213-217). In Institution C führt der Besitz von Alkohol zu Bussen, denn das Einführen von alkoholischen Getränken in das Haus sei untersagt (Katja, 83-84). Katja fügt hinzu (84-90): *«Ähm und sonst ist eigentlich so die Haltung... Es ist einfach die, dass das zu ihnen gehört und es ist... Also wir sind definitiv nicht abstinenzorientiert. Wenn jemand das wünscht, dann unterstützen wir dies natürlich, weil es ja auch gut ist, wenn man davon loskommen will. Aber es geht mehr in die Richtung transparente Kommunikation. Im Sinn von einem vernünftigen Umgang. Viel mehr als mit dem Ziel Abstinenz.»*

Beim Aspekt der **Ernährung** sind reguläre Mahlzeiten und Zwischenverpflegungen zur Sprache gekommen. In Institution A und C wird das Mittagessen (Florina, 117-120; Katja, 151) nicht von den Bewohnenden selbst zubereitet, ist jedoch zeitlich vorgegeben und wird gemeinsam eingenommen. In Institution B wird auch extern zu Mittag gegessen, was zusätzlich soziale Kontakte fördert (Lara, 359-361). Das Abendessen ist in allen drei Institutionen verbindlich und wird mit den Bewohnenden zusammen gekocht (124-127; 365-367; 30-31). In Institution A suchen die Professionellen bei unangemeldetem Fernbleiben das Gespräch mit der betreffenden Person, um die Gründe für das Fehlen zu klären (Florina, 166-170). Der beobachtete Bewohner der Institution B erhielt bei der Beobachtung auf Anfrage Schokolade und verstaute bereits zuvor Schokolade in seiner Hemdtasche. In Institution A bestimmt die beobachtete Bewohnerin den Pausen-Snack selbst.

Beziehungen und soziale Kontakte sind in Institution A und B erlaubt. Besuche müssen sich jedoch vorher anmelden. In Institution B darf der Besuch auch einmal pro Woche übernachten. Das Ein- und Ausgehen dürfe aber nicht selbstverständlich sein. Es gab auch schon ein Aufenthaltsverbot, weil ein Besuch dem Team respektlos gegenübertrat (Lara, 377-402). Auch Florina (214-221) beschreibt einen solchen Fall, wo ein Besuchsverbot ausgesprochen wurde. Dies vor allem zum Schutz des Bewohners, da harte Substanzen konsumiert wurden. Durch den Substanzkonsum seien die Menschen mit Schizophrenie sozialer, da sie auf andere Menschen angewiesen seien, um «Stoff» zu besorgen (Lara, 39-47). Zusätzlich bietet Institution A die Möglichkeit, eine Beziehung zu den hauseigenen Tieren herzustellen.

Psychiater- oder Arztbesuche werden in Institution C und A falls nötig begleitet (Katja, 123-131; Lara, 418-424). Generell werde allerdings individuell entschieden. In Institution B (Lara, 407-416) sind teilweise die Kindes- und Erwachsenenschutzbehörde in die Massnahmen eingebunden und somit werden die Termine verbindlich wahrgenommen. Dann werde noch genauer darauf geschaut, dass die Termine eingehalten werden.

Das Einhalten gewisser Hygiene- und Ordnungsregeln und einer **Tagesstruktur** dient dem **Stress-Abbau** für Bewohnende (Lara 288-295). Diese werden individuell abgemacht und auch vom Team unterstützt. Ebenfalls in Institution A schaffen Regeln «Stabilität und Sicherheit» im Alltag (Florina 85-93). Bei Problemen oder Fragen wird jederzeit das Team kontaktiert. Zur selbstbestimmten Ordnung gehört zum Beispiel auch die selbständige **Einrichtung des Zimmers**, wie es in Institution B ersichtlich ist. In Institution B wird Arbeit extern vermittelt (Lara, 307-309). Arbeit wäre an drei halben Tagen vorgesehen, was jedoch nicht konsequent verlangt werde und auch nicht realistisch durchführbar sei (Lara, 309-336). Sie haben allerdings eine alternative Form erarbeitet (Lara, 348-361) um den Bewohnenden durch Botengänge, oder zusätzliche haushälterischen Aufgaben eine Struktur zu bieten, damit Erfolgserlebnisse geschaffen werden und sie aus dem Bett kommen. Ziel ist es auch, dass sie Zeit ausserhalb der Institution verbringen. In der Institution B wird dies folgendermassen erklärt (Lara, 361-364): *«Ja, wir haben es da wirklich ein bisschen geöffnet, weil wir gemerkt haben, dass wir nicht von allen Leuten erwarten können, dass sie auswärts arbeiten gehen. Das geht einfach nicht. Ja und wir versuchen es halt individuell zu machen.»*

5.2.2 Resilienz

Auch die Resilienz ist ein Teil des Recovery-Ansatzes und sieht den Menschen als Experte in seiner Störung. Dazu gehört auch die Bereitstellung von Informationen und das Erlernen von Strategien im Umgang mit seiner Störung.

Um aufzuzeigen, wer in Institution C **Experte der Störung** ist, wird (Katja, 226-229) folgendermassen zitiert: *«Ich glaube, wenn man die Leute selbst fragt, fühlen sie sich, glaube ich, einfach auch ziemlich gesund. Und darf ich mir jetzt erlauben, dies anders zu sehen oder zählt das, was sie erleben?»*. In Institution B (Lara, 165-172) wird das ähnlich gesehen, denn Lara beschreibt die Schwierigkeit, die Wahl des anderen zu akzeptieren. Es ginge darum, es anzunehmen, dass jemand für sich die Wahl des Substanzmittelkonsums getroffen habe und obwohl sie einen anderen Weg schöner fände, werde der Mensch darin akzeptiert. Weiter wird erklärt (Lara, 179-181), dass es doch

auch zu ihren Aufgaben gehöre, zu intervenieren, aber der Mensch doch auch seine Wahl haben darf.

In Institution B (Lara, 277-279) wird den Bewohnenden erklärt, dass die Bezugspersonen immer für sie da sind. Bei Institution C wird mit dem Bewohner gemeinsam nach **Informationen** am Computer gesucht, um das Verfahren für Drogentests herauszufinden. Auch bei Institution A (Florina, 88-91) wird darauf aufmerksam gemacht, dass die Bewohnenden 24-Stunden die Möglichkeit haben, mit Fragen zum Personal der Institution A zu kommen.

In Institution C wird dem Bewohner aufgezeigt, dass dieser «Nein» sagen darf, wenn es um das Thema Substanzkonsum geht. Weiter wird dem Bewohner in der Institution C erklärt, dass eine Strategie gesucht werde, wie sein Problem mit dem Substanzkonsum angegangen werde. Dazu wird hier erwähnt (Lara, 88-90), dass transparente Kommunikation für Institution C eine **Strategie im Umgang** mit dem Substanzkonsum ist. In Institution B ist der Bewohner beobachtet worden, wie er in seinem Zimmer ein weisses Pulver die Nase hochzog. In der Institution B ist dies nicht angesprochen worden. Im Interview erklärt Lara (189-194), dass sie dies bewusst nicht beachtet, da es somit nicht besonders hervorgehoben und der Fokus auf die positiven Dinge gesetzt wird. Das sei für sie ein besserer Weg.

5.2.3 Empowerment

Damit Empowerment umgesetzt und die Selbstbestimmung der Bewohnenden gefördert wird, ist zu beachten, dass ihnen attraktive Möglichkeiten geboten werden und sie das Recht haben, eine dieser Möglichkeiten zu wählen. In alltäglichen Situationen mitzureden, gehört auch dazu. Die Selbstständigkeit und die Selbstorganisation sind weitere Indikatoren in der Umsetzung des Empowerments, sowie das Eingehen der Professionellen der Sozialpädagogik auf die individuellen Bedürfnisse der Bewohnenden. In der Alltagsführung wird ersichtlich, inwieweit das Empowerment bereits umgesetzt wird. Diesbezüglich kommt es aber auch zu Grenzen des Empowerments, indem beispielsweise die Selbstbestimmung nicht immer umgesetzt wird.

Möglichkeiten bietet Institution B (Lara, 349-364) vor allem im Bereich Arbeit oder Beschäftigung. Die Bewohnenden müssten nicht prinzipiell arbeiten gehen, es ginge viel mehr darum, etwas zu tun, damit sie nicht den ganzen Tag im Bett verbringen. Die Möglichkeit, wie beispielsweise der Bewohner der Institution C seinen Führerausweis zurück-erlagen könnte, zeigt Katja anhand von «Geld sparen» auf. In der Institution A wird der Bewohnerin eine Auswahl an verschiedenen Aufgabenbereichen angeboten, aus welchen sie selbst aussucht. Die Bewohnerin bestimmt selbst, wann und wieviel Unterstützung sie bei den Aufgaben benötigt. In der Institution B darf der Bewohner den Zeitpunkt auswählen, wann er seine Aufgabe erledigt. Im Interview der Institution B (Lara, 165-168; 179-181) wird erklärt, dass der Mensch eine **Wahl** treffen darf. Es sei dann einfach auch zu akzeptieren, dass die Wahl so getroffen wurde. In Institution B nehmen die Bewohnenden einmal pro Woche an einer Aktivität teil (Lara, 369-374): Durch das geführte «Einsatz-System» (Lara, 354-358) besteht die Möglichkeit, dass die Bewohnenden draussen laufen gehen. Die verschiedenen Einsätze werden wie externe Arbeit angerechnet, um eine Tagesstruktur aufzubauen.

Bei der Wochenplanung in Institution A **sprechen** (Florina, 84-86) die Bewohnenden **mit**, in welchem Bereich sie eingeteilt werden möchten. Während der Beobachtung fragt Florina öfters nach der Meinung der Bewohnerin bezüglich des Vorgehens oder nach ihren Ansichten. Der Bewohner in Institution B entscheidet, ob die Beobachtung auf seinem Zimmer stattfinden darf und in Institution C fragt Katja nach, wie sie den Bewohner beim Wegkommen von Substanzkonsum unterstützen könne.

Die Bewohnenden der Institution A haben verschiedene **Aufgaben, die sie selbständig erledigen**, wie beispielsweise die Wäsche. Hier werde aber das Kochen und Einkaufen vermehrt unterstützt (Florina, 107-111), da dies selbständig, auch aufgrund von Hygienevorschriften, nicht umsetzbar sei. Weiter wurde der Stalldienst erwähnt, der aus Sicherheitsgründen ebenfalls nicht selbständig erledigt werde (Florina, 111-116). Die Bewohnenden bestimmen (Florina, 156-159) selbstständig Weck- und Bettzeiten, sofern ihr Alltag dadurch nicht beeinträchtigt wird. In Institution C gibt es (Katja, 11-13) Bewohnende, die morgens selbständig aufstehen und andere, welche den Weckdienst in Anspruch nehmen.

Weiter kann auch die **Selbstständigkeit** aufgebaut werden, denn in Institution A (Florina, 199-209) wird von einer Bewohnerin erzählt, die sehr unsicher ist und anfangs zu Arztbesuchen begleitet wurde. Mittlerweile gehe sie nun aber allein und habe die Möglichkeit, sich zu melden, falls es doch nicht ginge.

Im Zusammenhang mit Selbstständigkeit wird in Institution B (Lara, 296-298) zusätzlich erklärt: *«Das merkt man auch nach einem Monat oder auch schon nach einigen Wochen, wo jemand Unterstützung benötigt und wo man sie selbst machen lassen kann».*

In den Beobachtungen der Institution A und B wird den Bewohnenden beim selbständigen Arbeiten zugeschaut. In Institution B wird die gefaltete Wäsche des Bewohners kontrolliert und teils korrigiert, wenn dies als nötig erachtet wird. In Institution A reinigt die Bewohnerin den Stall eigenständig und gibt zwischenzeitlich Tipps an Florina. Die Bewohnerin weiss, wo welche Utensilien zu finden sind. Auf dem Rückweg sieht die Bewohnerin den verschneiten Weg und beginnt diesen selbständig freizuschaukeln.

Während der Beobachtung in Institution A ist die Bewohnerin verantwortlich für die Aufgabe, leitete Florina an und erklärt beispielsweise, wer welchen Bereich schaufelt und **organisiert selbst**. Bei Institution B entscheidet der Bewohner selbst, wie der Schrank organisiert wird und bestimmt, wann das Geschirr hochgebracht wird, jedoch mit zeitlicher Einschränkung. In der Institution B (Lara, 412-416) wird erklärt, dass Selbstorganisation sehr individuell geregelt wird, da für einige Bewohner ein Wochenplan geeignet ist und andere lieber eine Stunde vor einen Termin an diesen erinnert würden. In Institution C wird der beobachtete Bewohner auf einen Termin hingewiesen, damit er sich entsprechend organisiert. Diesbezüglich führt Katja aus (135-140; 151-154), dass in Institution C zwischen den verschiedenen Wohngruppen unterschieden werden muss. Auf ihrer Wohngruppe jedoch, sei alles *«mehr individualisiert und so ein wenig bedürfnisorientiert»* (137-138) beschreibt Katja.

In Institution B erklärt Lara (452-455) diesbezüglich: *«Ich denke, es kommt wirklich auch ein bisschen auf den Klienten an, ob du jetzt mehr auf ein Empowerment gehst, mehr*

lösungsorientiert bist, oder irgendwie den systemischen Ansatz benötigt wird, weil das mit dem Umfeld halt noch wichtig ist, das ist wirklich individuell».

Die **Alltagsführung** sieht bei Institution A und C ähnlich aus. Sie führen eine begleitete Beschäftigung. Institution B und C haben zusätzlich ein «Ämtli»-System, bei welchem verschiedene Haushaltsaufgaben an die Bewohnenden verteilt werden. Dies beinhaltet in Institution C beispielsweise das Bodenwischen. Bei Institution B wird erklärt (Lara, 82-85; 300-305), dass diese Aufgaben einmal wöchentlich zu erledigen seien und zusätzlich die Zimmer- und Badezimmerreinigung dazukämen. In Institution A (Florina, 99-103) wird geschildert, wie das Team die aus dem Wochenplan ersichtlichen Aufgaben für die Begleitung aufteilen. Die weiteren Schritte würden dann mit den zwei zugeteilten Bewohnenden besprochen und von denjenigen mitbestimmt. Bei Institution C unterstützt Katja (11-113) die Bewohnenden bei der Koordination von Terminen und in Verwaltungsangelegenheiten, je nach Bedarf der Bewohnenden.

«Wir schauen, dass wir irgendwie bestmögliche Ressourcen aufrechterhalten können. Allenfalls, im günstigsten Fall, weitere erschliessen» erklärt Institution C (Katja, 19-21).

Grenzen der Umsetzung des Empowerments innerhalb einer Institution werden in Institution A (Florina, 370-372) folgendermassen aufgezeigt: *«Dass unsere Hierarchien ein bisschen weg gehen, weil ich denke mir manchmal: «wie weit können wir dann bestimmen, was Selbstbestimmung für sie bedeuten soll. Also weisst du, so ganz grundlegende Dinge. Aber einfach auch, dass wir unsere Pädagogik ein bisschen hinterfragen».* Weiterführend beschreibt sie (Florina, 389-392): *«Ich denke, es macht den Arbeitsalltag für die Pädagogen einfacher, wenn es Struktur hat. Dann weiss man, dies und das erledige ich dann und dann. Es braucht mehr Mut, denke ich auch. Das wünsche ich mir auch, mehr Mut für die Pädagogen. Einfach mal schauen, wie es kommt ((lacht))».*

5.2.4 Gesprächsführung

Bei Menschen mit Substanzstörung ist ein motivierender Gesprächsstil für die Annäherung an eine Abstinenz fördernd. Zudem ist authentisches Auftreten und Respekt wichtig, dabei jedoch die subjektive Realität des Gegenübers wertzuschätzen. Durch ein wohlwollendes Auftreten und die Anerkennung von bisherigen Bemühungen wird die Motivation gesteigert und das Verständnis für eine nicht geradlinige Ausführung oder Mühe bei der Emotionsregulierung vermittelt. In Kommunikation mit Menschen mit Schizophrenie ist es wichtig, klare und einfache Sätze zu wählen, das Gespräch klar zu strukturieren und Zeitdruck zu vermeiden, um Überforderung zu vermindern.

Motivierende Bemerkungen sind während einer alltäglichen Situation bei Institution B und C beobachtet worden, indem beispielsweise die Bewohnenden gelobt wurden. In Institution A (189-193) beschreibt Florina anhand eines Beispiels, wie sie Bewohnende motivierend zuspricht, damit diese zur Arbeit gehen. Sie erwähnt zusätzlich die Veränderung der Bewohnerin, welche früher sehr viel Cannabis rauchte und durch die tägliche Arbeit mit den Tieren kaum mehr konsumiert (Florina, 50-55). In Institution B (Lara, 431-456) wird die Schwierigkeit betont, die motivierende Gesprächsführung bewusst im Alltag umzusetzen. Lara habe diesbezüglich eine Weiterbildung besucht, jedoch merke sie oft, dass die Anwendung in der Praxis unauthentisch überkomme.

In Institution B (Lara, 447-451) wird zusätzlich erwähnt: *«Ich habe mir das jetzt als Ziel gesetzt dieses Jahr, dass ich die Unterlagen der Weiterbildung wieder nach vorne hole und zwischendurch wieder mehr anschau oder mir gewisse Sachen herausschreibe, die ich als wichtig erachte. Dass ich es dann auch vermehrt in meinen Alltag einfließen lassen kann.»*.

Ein **respektvoller Umgang** wurde in allen Institutionen beobachtet und bei Institution C (Katja, 54-58) wird präzisiert, dass auf eine **wertschätzende** Gesprächshaltung geachtet werde. In Institution B wird eine **wohlwollende** Präsenz angesprochen, bei der das Zuhören zentral sei. Es wird erklärt (106-116), dass die Haltung gegenüber Bewohnenden mit Substanzkonsum stark spürbar sei, weshalb Offenheit und wertfreies Entgegenreten wichtig sei. Das **Anerkennen von bisherigen Bemühungen** wird in der Institution C umgesetzt, indem sie den Bewohner für das Verfolgen seiner Ziele lobt. Weiter wird in Institution C (Katja, 191-196) auf einen interessanten Aspekt hingewiesen, den es in Gesprächen zu beachten gibt. Katja habe die Erfahrung gemacht, dass Ironie bei Menschen mit einer Schizophrenie nicht funktioniere. Bei Institution A (Florina, 238-249) wird erklärt, dass bei Gesprächen mit Menschen mit Schizophrenie versucht werde, das Gegenüber in seiner eigenen Vorstellung zu verstehen, nachzufragen wie sie sich fühlen und dass aber auch transparent gesagt werde, wann es nicht mehr nachvollziehbar sei. Auch bei Institution B (Lara, 83-88) sieht dies ähnlich aus und wird als eine «Gratwanderung» beschrieben. Zum einen werde versucht, die Bewohnenden ernst zu nehmen und zum anderen werde beachtet, die Bewohnenden in ihrem Wahn nicht zu unterstützen.

In Institution B und C wird beobachtet, dass **klare und einfache Sprache** benutzt, sowie für das Verständnis nachgefragt wird. In Institution C werden klare Anforderungen an den Bewohnenden formuliert und diese sind direkt angesprochen worden.

Alle Institutionen führen ein System mit Einbezug der Bezugspersonen und regelmässigen Gesprächen. In Institution C war es möglich ein solches zu beobachten. Bei Institution C gibt es in der **Gesprächsstruktur** keine zeitliche Vorgabe, Katja klärt den Inhalt und macht sich Notizen. Das Gespräch hat sie kurzgehalten. In Institution A werden diese Gespräche unterschiedlich oft durchgeführt, je nachdem wie eng mit den Bewohnenden gearbeitet werde. Bei Institution B finden solche Gespräche auch extern bei einem Kaffee statt und die Gespräche seien nicht fest geregelt. Im Interview mit Institution B (Lara, 276-279) zeigt sich, dass es den Bewohnenden überlassen ist, wenn sie etwas besprechen möchten. Die Mitarbeitenden seien jederzeit für sie da.

5.2.5 Stigmatisierung

Die Störungsbilder Substanzmissbrauch und Schizophrenie haben mit unterschiedlichen Formen der Stigmatisierung zu kämpfen, was Einschränkungen für die Personen mit sich bringt. Menschen mit Schizophrenie werden beispielsweise durch das Hören von Stimmen fremdstigmatisiert. Aber auch andere Auffälligkeiten sind Gründe dafür, dass Menschen von der Gesellschaft abgestempelt werden. Die Vorurteile des eigenen Umfelds führen zu Selbststigmatisierung, sozialer Isolation und Selbstzweifel. Für den sozialpädagogischen Umgang ist das Bewusstsein dieser vorhandenen Stigmatisierungen wichtig, um diesen vorzubeugen und sich selbst zu reflektieren.

In Institution B (Lara, 289-302) sowie C (Katja, 182-189) werden die **Stimmen**, welche Menschen mit Schizophrenie begleiten, erwähnt. In Institution C (Katja, 182-189) beschreibt Katja, dass sie die Stimmen als eine Belastung für einen Menschen mit Schizophrenie sieht, da sich diese oftmals nicht einordnen lassen oder einen Drang auslösen. Auch in Institution A (289-302) sieht Florina, dass Menschen mit Schizophrenie diese Belastung mit Hilfe von Substanzen wie CBD oder Cannabis zu vermeiden oder vermindern versuchen. Herausfordernd ist für sie hier, dass in der Institution A der Konsum von Substanzen auf dem Areal verboten ist, aber viele Menschen mit Schizophrenie die Wirkung von Substanzen als positiv empfinden. In Institution C (Katja, 44-48) wird aber auch wahrgenommen, dass die Schizophrenie sich durch den vermehrten Konsum von Substanzen verstärken und eine Psychose auslösen kann.

Weiter wird in Institution A (Florina, 300-302) erklärt, dass die Reaktion der Mitmenschen eine Herausforderung darstellt. Menschen mit Schizophrenie würden aufgrund ihrer inneren Stimmen reden oder lachen. Für das **Umfeld** sei dies oft nicht verständlich oder zuordenbar. Wenn Menschen mit Schizophrenie dies realisieren, ist es laut dem Interview in Institution A (Florina, 304-309) eher unangenehm für sie und führt zu Schamgefühl. Nicht nur ausserhalb, sondern auch in Institution A kommt es laut Florina (330-332) dazu, dass sich Gruppen bilden. Es sei auffallend zu sehen, dass gerade die Menschen mit Schizophrenie keinen Teil der Gruppen sind und somit weniger soziale Kontakte haben. Dabei findet es Florina der Institution A (323-329) wichtig aber nicht immer einfach, zu intervenieren und doch zu schauen, dass die Gruppendynamik nicht in eine negative Richtung kippt und Lästereien unterbunden werden.

Die Erfahrungen von Lara der Institution B (249-256) zeigen, dass Menschen mit einer Substanzstörung durch das Verheimlichen und Beschaffen der Substanzen hinterlistiger und raffinierter sind. Für sie sei es keine gute Option, Kontrollen durchführen zu müssen und dennoch sei es notwendig.

Im Interview mit Institution B (Lara, 14-19, 75-79) wird von Menschen mit Schizophrenie erzählt, deren Gedanken schwierig nachzuvollziehen sind. Auch in Institution C (39-42) bestätigt Katja, dass sie manche Menschen mit Schizophrenie wirr und schwer zu fassen erlebt. Folgendermassen zitiert Lara von Institution B eine Bewohnerin (14-19): *«Ah nein und und und... Ich weiss, die haben mich «bespannt» im Passantenheim, es waren diese und jetzt musst du mal schauen, ich habe dir die Fotos dazu mit der Hochspannungsleitung, die sie gezogen haben... Die Stromleitung, damit sie die Kameras installieren konnten. Und der und der und der waren dabei und haben es auch gesehen.»* In solchen Momenten erscheint es Lara der Institution B (57-62) sehr wichtig, die Bewohnerin anzuhören und ihre Realität auch ernst zu nehmen. Dennoch findet es Lara (78-79) sinnvoll, den Menschen mit Schizophrenie auch klar zu kommunizieren, dass dies nicht ihrer eigenen Wahrnehmung entspricht.

5.2.6 Strukturelle Einschränkungen

Strukturelle Einschränkungen zeigen sich durch Einschluss- und Ausschlusskriterien der Institutionen. Beispielsweise indem sie ihren Fokus nur auf den Substanzkonsum legen und so keine Menschen mit anderen psychischen Beeinträchtigungen aufnehmen oder

nicht regelkonformes Verhalten zu Konsequenzen führt. Zu arbeitsbedingten Einschränkungen kann es durch das ganze Sozialsystem und das Gesundheitswesen führen, indem sie Einfluss auf das Leben von Leistung-Beziehenden haben. Aber auch veraltete pädagogische Ansätze bringen teilweise strukturelle Einschränkungen mit sich.

Zusätzlich zu den in den Leitbildern definieren verschiedene Kriterien die **Ein- oder Ausschlussgründe**. In der Institution B (Lara, 239-243) zählen Gewalt, Prostitution und Dealen als Gründe, die zu einem Ausschluss führen. Im Interview mit der Institution C (Katja, 236-239) wird eine kontinuierliche Veränderung gewünscht, sodass sich Konzepte auch stetig der Klientel anpassen und sinnvoll bleiben.

Der beobachtete Bewohner der Institution C sieht das interne Umfeld der Institution als Risiko für sich selbst und seinen Konsum, weshalb er sich eine externe Beschäftigung oder Arbeitsstelle wünscht. Institutionelle, **arbeitsbezogene Einschränkungen** der Institution A (Florina, 375-380) entstehen durch einen Mangel an Flexibilität. Florina denkt, dass mehr Möglichkeiten geschaffen und diese offener gestaltet werden sollten.

Seit die Substanzstörung von der Invaliditätsversicherung anerkannt wird, sind immer mehr Bewohnende Renten-Bezieher, erklärt die Professionelle aus der Institution B im Interview (Lara, 315-322). Dies führe jedoch zu Einschränkungen, denn diese Personen würden nicht mehr als einen Tag pro Woche einer Arbeitsbeschäftigung nachgehen, sonst gäbe es durch das zu hohe Einkommen Renteneinbussen. Das Gleiche gelte auch bei der Sozialhilfe, bei der es zu einer Lohnabtretung führe. In Institution B (Lara, 324-329) wird aufgezeigt, dass das **Sozialsystem** die Menschen durch diese Mechanismen machtlos mache. Auch in Institution B (Lara, 553-566) wünscht sich Lara eine Veränderung im Bereich des **Gesundheitswesens** und den Medikamenten. Sie stelle fest, wie Bewohner teilweise über 20 Jahre lang Medikamente eingenommen haben, ohne einen alternativen Behandlungsweg zu erproben. Dies führe zu Einschränkungen, denn oftmals werden die Nebenwirkungen der Medikamente mit Substanzen zu regulieren versucht.

In Interview mit Institution A (Florina, 382-392) wurde der Wunsch geäußert, dass es einen Wandel in **pädagogischen Ansätzen** geben würde, um vom hierarchischen Denken wegzukommen. Jedoch seien Strukturen für den Arbeitsalltag von Professionellen eine Erleichterung. In Institution A (Florina, 366-374) wird erklärt: *«Ja, ich wünsche mir, dass (3) die Klienten mehr an den Entscheidungen, auch pädagogischer Dinge und so, mitreden können, mitbestimmen, das bedeutet auch, wenn wir zum Beispiel Dinge organisieren, ein Weekend oder so, dass sie wie so mitorganisieren oder mitgestalten, einfach dass das ein bisschen agiler, so ein wenig beweglicher wird.»*

6 Synthese und Schlussfolgerung

Dieses Kapitel diskutiert die theoriebasierten Hypothesen anhand der Ergebnisse der Untersuchung. Es werden Schlussfolgerungen zusammengetragen, um die Hypothesen mit der Praxis zu vergleichen und eventuell umzuformulieren. Danach folgt die Relevanz für die Praxis und Überlegungen zu den Grenzen der Resultate, Empfehlungen für weiterführende Forschungen, und die Reflexion der Ziele, welche in der Einleitung formuliert wurden.

6.1 Interpretation und Evaluation der Ergebnisse zu Hypothese 1

Die wichtigsten Erkenntnisse aus den Ergebnissen werden hier zusammengetragen und in Bezug zur ersten Hypothese gestellt, interpretiert und diskutiert. Diese lautet:

Hypothese 1: Substanzstörungen und Schizophrenie erfordern einen unterschiedlichen Umgang, was bei Professionellen der Sozialpädagogik des betreuten Wohnens besondere Ansätze erfordert.

Vor allem in den Ansätzen zum Umgang mit Schizophrenie ist der Fokus auf die Erhaltung und Entstehung von Gesundheit gerichtet (Baumeler und Philipp, 2019, 157-159). Dabei werden gesundheitserhaltende und -fördernde Faktoren gestärkt. Solche Schutzfaktoren bedeuten gleichzeitig persönliche Ressourcen, die ein Auftreten von Risikofaktoren besser bewältigen lassen. Zusätzlich komme die Widerstandsfähigkeit und die Gefühle des Verstandenwerdens und das Leben als sinnvoll und bewältigbar zu erleben. Somit sei es gemäss Baumeler und Philipp (2019, 167) wichtig, von den Professionellen handlungsbezogene Reaktionen bei Menschen mit Schizophrenie hervorzurufen.

Die Praxis zeigt, dass die Stärkung der Verstehbarkeit der Bewohnenden durch das eigene Hinterfragen von persönlichen Betrachtungsweisen umgesetzt wird. Bei Institution C wird beschrieben, wie sich Katja bei schizophrenen Menschen überlegt, ob sie sich erlauben darf, nur weil das Erleben des Menschen von ihrer eigenen Wahrnehmung abweicht, die Gesundheit dieser Person anders einzustufen. Daraus lässt sich schliessen, dass sie die Expertenrolle der Person selbst zuschreibt und dabei den Menschen mit einer Schizophrenie eine Verstehbarkeit übermittelt.

Die Förderung der eigenen Widerstandsfähigkeit bedeutet gemäss Dümmler und Senekamp (2013, 70 ff) nicht nur Traumata und Erfahrungen aus der Kindheit, sondern auch das Auseinandersetzen mit der eigenen Störung. Institutionen tragen dazu bei, indem sie Informationen bereitstellen und Ansätze im Umgang damit gemeinsam mit den Bewohnenden erarbeiten.

Institution B setzt das Bereitstellen von Informationen ansatzweise um, indem die Professionellen jederzeit für Anliegen oder Fragen zur Verfügung stehen. Auch in Institution A besteht während 24-Stunden die Möglichkeit, sich an die Professionellen zu wenden. Es lässt aber trotzdem Fragen offen, inwieweit das Auseinandersetzen mit der Störung

dabei gefördert wird. Ausserdem setzt es eine hohe Eigenmotivation der Bewohnenden voraus. Als erarbeitete Strategie der Institution C erwähnt Katja die transparente Kommunikation im Umgang mit der Störung.

Inwiefern sich die Bewohnenden mit ihrer Schizophrenie und ihren Umgangsstrategien auseinandersetzen, war in keiner Institution erkennbar. Die Frage konnte in dieser Forschungsarbeit somit nicht ermittelt werden und bleibt daher offen.

Das Fördern der Selbstwirksamkeit der Bewohnenden wird durch eine teilweise vorgegebene Tagesstruktur umgesetzt. In den drei Institutionen wird dies durch Beschäftigungsmöglichkeiten und das Erstellen von Wochenplänen realisiert. Die Bewohnerin der Institution A kann beim Erledigen der Stallarbeit die Rolle der Chefin einnehmen und leitet die Aufgaben an. Dies führt zu Erfolgserlebnissen und fördert die Selbstwirksamkeit. In Institution B hat der Bewohner seine Wäsche selbst gefaltet. Das selbständige Erledigen von verschiedenen Alltagsaufgaben oder «Ämtli», wie zum Beispiel in der Institution C, hilft dabei, handlungsbezogene Reaktionen hervorzurufen.

Institution C verlangt die Beschäftigung nicht verbindlich, sondern es werden auch andere Aufgaben als Einsätze angerechnet. Dies zeigt einen sehr flexiblen Umgang in der Umsetzung der Tagesstruktur der Bewohnenden. Diese Umsetzung beinhaltet auch die Förderung der Handhabbarkeit. Die Bewohnenden erleben durch die individuelle Lösung des «Einsatz-Systems», dass die Tagesstruktur flexibel und selbstbestimmt ist.

Ansätze im Umgang mit der Substanzstörung sind anhand unterschiedlichen Motivationstheorien beschrieben. Die Interpersonelle Motivationstheorie sieht die Motivation als Ergebnis aus der Personen-Umwelt-Beziehung (Lindenmeyer, 2012, 31-32). Die Konsequenzen des Substanzkonsums und diejenigen der Abstinenz stehen sich gegenüber und werden gemäss Bickel und Vuchinich (2000, 13) kurzfristig und langfristig bewertet, was eine Auswirkung auf die Motivation nach sich ziehe. Es sei wichtig, dass zeitnahe und schnelle alternative Ressourcen zur Verfügung stünden.

In Institution A wurde diese Theorie im Interview belegt. Eine Bewohnerin, die sehr viel Cannabis konsumierte, darf dies nicht mehr auf dem Areal tun und Konsequenzen wurden besprochen. Durch das Arbeiten im Stall und mit den Tieren stehen ihre neuen Ressourcen als Alternative zum Konsum zur Verfügung, die zeitnah sind. Durch diese neuen Ressourcen, welche sie durch die Arbeit erlangte, steigert sich ihre Motivation und es fällt ihr leichter auf den Konsum von Cannabis zu verzichten.

Der Verbesserungsansatz der Lebensbedingungen geht laut Güdel (2019, 75) davon aus, dass Verluste und das Scheitern als Herausforderungen zum Leben mit einer Substanzstörung dazugehören, ebenso wie Beschaffungsstress und eine mögliche Diskriminierung. In solchen Situationen sei eine geforderte Abstinenz nicht sinnvoll. Vielmehr sei die Akzeptanz der Substanzstörung hilfreich, um einen guten Umgang und ein menschenwürdiges Leben anzustreben.

Dazu wurde der Umgang mit den Substanzen in den drei Institutionen betrachtet. Es ist auffallend, dass es grosse Unterschiede im Umgang gibt. Institution A erlaubt keinen Alkohol, Cannabis oder CBD, wobei aber individuelle Abmachungen teilweise eine Lockerung beinhalten. Institution B geht eher offen mit der Substanzthematik um. Es sind

alle Substanzen erlaubt und die Institution führt einen Hygieneraum, in dem beispielsweise Heroin gespritzt wird. Der Konsum wird nicht direkt thematisiert und als Teil des Menschen akzeptiert. Auch in Institution C ist der Konsum präsent und es gibt Bewohnende, die ausserhalb des Areal konsumieren. Solche die dem Substitutionsprogramm angeschlossen sind und andere, die das Angebot der Anlaufstelle in Anspruch nehmen. Zusammengefasst kann gesagt werden, dass Institution A den Substanzkonsum relativ konsequent verbietet, Institution B offen ist, diesen jedoch wenig thematisiert und Institution C einen weitgehend fördernden Umgang für die psychische Gesundheit damit pflegt.

Weiterführend erklärt Güdel (2019, 75), dass die Förderung und Erhaltung von sozialen Aktivitäten ein Bestandteil dieses Ansatzes zur Verbesserung der Lebensbedingungen seien. Die drei Institutionen legen grossen Wert auf die sozialen Kontakte der Bewohnenden und fördern diese auf unterschiedliche Arten. Die Institutionen A und B erklären weiter, dass es aber auch zu Aufenthalts- oder Besuchsverboten kommt, wenn der soziale Umgang nicht förderlich scheint. Dies kommt vor allem im Zusammenhang mit Substanzen vor, da hier versucht wird, einen angemessenen Umgang mit der Substanzstörung zu finden und das angestrebte Verhalten möglicherweise von den Besuchenden negativ beeinflusst wird. Menschen mit Schizophrenie ziehen sich laut Tranberg (2015, online) durch Stigmatisierungen öfters zurück. Gerade für sie ist es wichtig, dass die sozialen Kontakte gefördert werden. Menschen mit Substanzstörungen hingegen sind aus Sicht der Institution B auf soziale Kontakte, für das Auftreiben des Stoffes, angewiesen. Diesbezüglich scheint es sinnvoll, die sozialen Aktivitäten bedingt zu fördern, wie es in Institution A und B umgesetzt wird.

In der Gesprächsführung wird Motivation im Zusammenhang mit Substanzstörungen als zentral genannt. In Institution B wird dabei der Umgang bei Menschen mit Substanzstörungen durch motivierende Gesprächsführung angepasst, was allerdings nicht einfach in der Umsetzung sei. Gleichzeitig erwähnt Institution B (276-279) auch einen flexiblen Umgang in der Umsetzung der Gespräche. Dies sei gemäss Güdel (2019, 83) hilfreich für Menschen mit Substanzstörungen.

Gleichzeitig werden aber auch viele Punkte genannt, die es im Umgang mit Schizophrenie zu beachten gibt. Gewisse Grundsätze in einem Gespräch zu beachten, damit sich Menschen mit Schizophrenie beispielsweise ernstgenommen fühlen, beschreiben Baumeler und Philipp (2019, 167) als relevant. Dies vertreten auch Institutionen A und B. Weiter sind gemäss Baumeler und Philipp (2019, 167) auch Äusserungen der Menschen mit Schizophrenie mit Erfahrungen und Fachwissen zu prüfen. Dabei soll jedoch stets in der eigenen Realität geblieben werden. Auch dies wird in der Praxis so umgesetzt.

Als spannend und ergänzend zu unserer Theorie empfinden wir, dass Ironie für Menschen mit Schizophrenie nicht nachvollziehbar ist, wie es in Institution C erwähnt wird.

Schizophrenie und Substanzstörungen sind laut Dümmler und Sennekamp (2013, 17-19) von öffentlicher sowie struktureller Stigmatisierung betroffen, was zu weiteren Selbststigmatisierungen führt. Diese unterschiedlichen Arten von Stigmatisierung bringen Folgen, wie beispielsweise sozialer Rückzug, geringes Selbstvertrauen und Minder-

wertigkeitsgefühle mit sich. Dies hat sich bei unserem Interview in der Institution A bestätigt. Im Interview mit Florina der Institution A wird ersichtlich, dass Menschen mit Schizophrenie oft nicht Teil interner Gruppen sind. Vor allem durch Stimmenhören und ihren eigenen Realitäten erleben Menschen mit Schizophrenie Stigmatisierung. Es wird erwähnt, dass Menschen mit Schizophrenie manchmal in der Öffentlichkeit laut reden. Dadurch beginne das Umfeld zu lästern und sich zu distanzieren. In Institution A wird bei einer solchen Situation eingeschritten, um Lästereien zu stoppen. Dies ist eine Strategie, um der öffentlichen Stigmatisierung entgegenzuwirken.

Auch in der Institution B wurde eine Strategie ersichtlich. Den Menschen mit Schizophrenie wird ein offenes Ohr geschenkt und sie werden angehört. Die Menschen mit Schizophrenie fühlen sich dadurch wahrgenommen und merken, dass sie nicht von jedem oder jeder als «psychisch krank» abgestempelt werden. Dies steigert ihr Selbstwertgefühl.

In Institution B wird erwähnt, dass Menschen mit Substanzstörungen «auf eine Art hinterlistiger und durchtriebener» sind. Wir sehen darin ein mögliches Stigma seitens der Professionellen. Es ist möglich, dass Menschen mit Substanzstörungen genau aus diesem Grund so handeln. Lara der Institution B sieht, dass sie dadurch bei Menschen mit Substanzstörungen vermehrt Kontrollen durchführen müssen.

Die Studie von Angermeyer et al. (2013, 149 ff) bestätigt diese Erkenntnis. Um der Stigmatisierung entgegenzuwirken sei es wichtig, dass man sich selbst und seine Haltung regelmässig reflektiert, da auch unbewusste Stigmata für Menschen mit psychischen Störungen negative Folgen haben. Die Stigmata der Professionellen gegenüber Menschen mit Substanzstörungen wurde nur an einer einzigen Stelle im Interview mit Institution B ersichtlich, wodurch die Befundlage sehr oberflächlich ist. Dennoch scheint dies ein wichtiger Punkt zu sein.

6.2 Schlussfolgerung zur Hypothese 1

Die erste Hypothese geht davon aus, dass in der Praxis die Diagnosen im Umgang mit den Personen fokussiert werden und die verwendeten Ansätze anhand der Interviews und Beobachtungen ersichtlich werden. Die Komorbidität Schizophrenie und Substanzstörung benötigt besondere sozialpädagogische Ansätze der Professionellen im Umgang, damit keine der beiden Diagnosen mehr gewichtet wird. Die Ergebnisse zeigen, dass in allen Institutionen bereits verschiedene Ansätze im Umgang mit beiden Störungen vorhanden sind. Gleichzeitig werden aber beide Störungen punktuell fokussiert, was wiederum die Besonderheit der Komorbidität miteinbezieht.

Durch das Betrachten beider Störungsbilder im Umgang mit der Komorbidität, entsteht aber gleichermassen ein diagnosebasiertes Denken, wovon sich diese Arbeit jedoch distanziert. Um dies zu verhindern, liegt der Fokus auf der psychischen Gesundheit und der ganzheitlichen Betrachtung des Menschen. Dies führt zu einem gesundheitsfördernden Umgang, was bei der Komorbidität Schizophrenie und Substanzstörung als Ansatz betrachtet wird.

Diagnosen oder Störungsmodelle helfen allerdings beim Erarbeiten von Verständnis und Erklärungswissen. Durch Erklärungsmodelle wird ein besseres Verständnis für das Verhalten der Menschen mit komorbiden Störungen gefördert und so Stigmatisierungen verringert. Handlungsweisen dürfen nicht auf Diagnosen oder Erklärungsmodelle reduziert werden, sonst entstehen trotzdem Stigmatisierungen und es wird voreingenommen reagiert.

Durch die breit gefächerten Kategorien und Codes zu dieser Hypothese wurde ersichtlich, dass im Umgang bereits Ansätze in den von uns vorgestellten Konzepten des betreuten Wohnens umgesetzt werden.

Es zeigt, dass die Hypothese sich in diesem Sinn wie folgt umformulieren lässt:

Im Umgang mit Substanzstörungen und Schizophrenie werden nicht die Unterschiede betrachtet, sondern der Fokus liegt auf der individuellen Gesundheit und die Diagnosen verlieren somit an Relevanz.

Dieser Gesundheitsgedanke ist in allen drei Institutionen bereits ersichtlich, jedoch führt dies dann weiter zur Frage, inwieweit dies die strukturellen Bedingungen der Institutionen selbst zulassen. Dies wird in der zweiten Hypothese weiterführend thematisiert.

6.3 Interpretation und Evaluation der Ergebnisse zu Hypothese 2

Anhand der erarbeiteten Theorie kam die Frage auf, ob die erarbeiteten Ansätze in einer Institution überhaupt umsetzbar sind. Daher folgende Hypothese:

Hypothese 2: Die strukturellen Bedingungen des betreuten Wohnens erschweren den Umgang mit der Komorbidität von Schizophrenie und Substanzstörung.

Die Theorie von Dümmler und Sennekamp (2013, 73) zeigt, dass Empowerment der Selbststigmatisierung entgegenwirkt, indem Selbstbestimmung gefördert wird. Minderwertigkeitsgefühle und wenig Selbstvertrauen sind gemäss Rüschi et al. (2004, 5) Gründe für Selbststigmatisierung. Das Empowerment hilft durch die Förderung der Selbstbestimmung Minderwertigkeitsgefühle abzubauen und das Selbstvertrauen zu stärken.

In Institution A erledigte die Bewohnerin die Stallarbeit grösstenteils selbständig und übernahm die Leitung der Aufgabe, was den Empowerment-Ansatz in der Umsetzung ersichtlich macht. Dadurch wirkte sie in der Ausführung der Tätigkeiten selbstbewusst. Die Selbstwahrnehmung der Bewohnerin kann dadurch jedoch nicht belegt werden, wodurch sich der Theorie-Praxis-Vergleich als schwierig herausstellt.

In den Ergebnissen der empirischen Forschung wird dargelegt (vgl. 3.5.2), dass die Selbstbestimmung in allen drei Institutionen durch strukturelle Bedingungen eingeschränkt wird. Es wird erwähnt, dass den Bewohnenden zwar viel Mitbestimmungsrecht zugesprochen wird, beispielsweise bei der Erstellung von Wochenplänen oder bei den

Wochenaktivitäten, sie jedoch auch vorgegebenen Pflichten nachgehen müssen, wie Haushaltsarbeiten. Wir folgern daraus, dass solche Einschränkungen der Selbstbestimmung Grenzen des Empowerments aufzeigen und sie deshalb nicht dazu beitragen, die Selbststigmatisierung abzubauen.

Solche Vorgaben schränken die Selbstbestimmung der Bewohnenden ein und zeigen Grenzen des Empowerments auf. Infolgedessen wird das Selbstbewusstsein nicht gestärkt und Gefühle der Minderwertigkeit bleiben bestehen, was allerdings anhand unserer verwendeten Forschungsmethoden nicht belegt werden kann. Somit ist es schwierig Selbststigmatisierung in der Praxis zu erkennen.

Bei der Umsetzung des Empowerment-Ansatzes sehen Dümmler und Sennekamp (2013, 71) jedoch auch die Problematik der nicht vorhandenen Motivation der Bewohnenden. Um dem entgegenzuwirken, erwähnen sie das Beispiel des Ansatzes der selbst erarbeiteten Ziele. Dadurch, dass die Ziele den eigenen Interessen entsprechen, steigere sich die Motivation. In Institution A wird diese Thematik bei den Wochenendausflügen ersichtlich. Durch die aktuelle Pädagogik in der Institution wirken Bewohnende noch nicht an der Planung und Organisation der Ausflüge mit. Somit sind die Aktivitäten nicht den individuellen Interessen angepasst, die Motivation zur Teilnahme ist gering und das Empowerment durch institutionelle Strukturen eingeschränkt.

Institution A beschreibt (Florina, 366-374), dass durch das gemeinsame Planen von Ausflügen Hierarchien abgebaut werden, was auch der Idee des Empowerments entspricht. Zusätzlich wird die Selbstbestimmung von den Professionellen definiert, somit bestimmen diese, wann und wo das Klientel mitbestimmt. Daraus ist zu schliessen, dass Hierarchien in Institutionen immer noch bestehen. Durch das Lösen von Hierarchien fühlen sich laut Sohns (2007, 75) die Klientel der Sozialen Arbeit unabhängiger von den Professionellen. Dadurch steigere sich die Autonomie und Selbstorganisation. Allen drei Institutionen gelingt es, die Hierarchien zu lockern, indem sie beispielsweise Aufgaben zusammen erledigen oder die Bewohnenden Entscheidungen fällen lassen. Es ist jedoch sicherlich auch eine Frage der Haltung der Professionellen und beispielsweise ihrer Umsetzung von Konsequenzen. Institution A führt diesbezüglich ein Ampelsystem, welches das Vorgehen bei Konsequenzen regelt.

Institutionen spezialisieren sich laut Dümmler und Sennekamp (2013, 72) oftmals entweder auf Substanzstörung oder andere psychische Störungen. Folgen davon sind Einschränkungen in den Aufnahmebedingungen. Der Fokus der von uns gewählten Institutionen ist bei allen drei Institutionen unterschiedlich ausgelegt. Was dies an strukturellen Einschränkungen mit sich bringt, wurde nicht in allen Institutionen ersichtlich. In Institution C werden Menschen mit einer Komorbidität beispielsweise nur dann aufgenommen, wenn ein psychologisches und/oder psychiatrisches Netzwerk sowie eine schriftliche Medikamentenvereinbarung vorliegt.

Das Interview in Institution B bestätigt die Selbstmedikationshypothese von Khantzian (1997, 231), indem Menschen mit Schizophrenie verschriebene Medikamente einnehmen müssen. Substanzen werden teilweise zur Verdrängung von Nebenwirkungen eingenommen. Bei einer Einschränkung der Substanzeinnahme werden Menschen mit

Schizophrenie somit der Expertenrolle der eigenen Störung entzogen. Experte wird damit die Medikamente-verschreibende Person.

Dümmler und Sennekamp (2013, 72) zeigen zusätzlich auf, dass Empowerment gehemmt wird, da durch institutionelle Rahmenbedingungen individuelle Bedürfnisse eingeschränkt werden. Beispielweise zeigt sich in den drei Institutionen, dass es bei einem Regelbruch wie dem Konsum von Substanzen auf dem Areal oder Prostitution zu einem Ausschluss führt. Gerade bei der Substanzstörung wird ersichtlich, dass dem Bedürfnis nach Substanzen auf dem Areal der Institutionen A und C nicht nachgegangen werden kann. Institution B ist im Umgang mit Substanzen sehr viel offener und lässt den internen Substanzkonsum zu. Somit wird hier das Bedürfnis nach Substanzen intern gestillt.

Ein Punkt, der in der Theorie nicht ersichtlich wurde, zeigte sich bei der Beobachtung in Institution C. Der Bewohner erwähnt, dass er das institutionelle Umfeld eher als Risiko für seine Substanzstörung wahrnimmt, da durch die anderen Menschen mit Substanzstörungen vermutlich der Zugang zu der Substanz erleichtert wird. Dies zeigt, dass institutionelle Rahmenbedingungen einen Einfluss auf den Entwicklungsprozess der Bewohnenden haben. In der Institution ist es wichtig fortlaufend zu reflektieren, ob die institutionellen Rahmenbedingungen für die Bewohnenden und deren Aufträge und Ziele (noch immer) sinnvoll sind. Im Interview mit Institution C wurde dieses Thema angesprochen. Die Institution C findet (Katja, 236-239), dass Konzepte den laufenden Veränderungen angepasst werden sollen.

6.4 Schlussfolgerung zu Hypothese 2

Empowerment zeigt sich als Konzept im sozialpädagogischen Umgang, welches sich für beide Störungsbilder eignet. Dies bestätigt auch unsere empirische Forschung. Die Sozialpädagoginnen, die an der Forschung teilnahmen, haben unterschiedliche Methoden, wie sie das Empowerment umsetzen. Sie lassen die Bewohnenden selbst auswählen, geben ihnen Wahlmöglichkeiten, lassen sie Arbeiten selbstständig ausführen und fragen nach deren Meinungen.

Dennoch gibt es unterschiedliche Erkenntnisse, die zeigen, dass Empowerment aufgrund der Leitbilder, internen Regeln und Aufnahmebedingungen nicht vollumfänglich umsetzbar ist. Solche strukturellen Vorgaben sind jedoch unumgänglich, um ein professionelles Arbeiten zu ermöglichen. Professionelle der Sozialpädagogik orientieren sich anhand solcher Vorgaben und es erleichtert den Umgang im Rahmen des betreuten Wohnens. Alle drei Institutionen haben die gesellschaftliche Teilhabe als Zielformulierung. Um dieses Ziel zu verfolgen, sind Bewohnende mit gesellschaftlichen Normen konfrontiert, was auch strukturelle Einschränkungen mit sich bringt. Auch hier zeigt sich, dass die Haltung der Professionellen zentral ist und eine stetige Reflexion der Rahmenbedingungen wichtig ist. Offen gestaltete, individuell ausgelegte und sich an den Bedürfnissen orientierte Rahmenbedingungen der Institutionen wären wünschenswert. Dies liesse mehr Spielraum für die Professionellen der Sozialpädagogik.

Unsere Forschung zeigt, dass strukturelle Einschränkungen tatsächlich bestehen und diese sich auf den Umgang mit der Komorbidität von Schizophrenie und Substanzstörung auswirken. Vor allem gezeigt hat sich, dass die Umsetzung des Empowerments gehemmt wird. Der Begriff «erschweren» könnte in der Hypothese jedoch auf «beeinflussen» geändert werden, da strukturelle Bedingungen den Umgang teilweise auch erleichtern.

Neue Hypothese wären:

Die strukturellen Bedingungen des betreuten Wohnens hemmen die Umsetzung des Empowerments.

Die strukturellen Bedingungen des betreuten Wohnens beeinflussen den Umgang mit der Komorbidität von Schizophrenie und Substanzstörung.

6.5 Relevanz für die Soziale Arbeit

Die gesamte Arbeit behandelt Ansätze, die im Umgang mit der Komorbidität Schizophrenie und Substanzstörung in der Praxis bereits angewandt werden, sowie Möglichkeiten im Umgang damit. Mit der Zielsetzung, dass eventuelle Verbesserungsmöglichkeiten aufgezeigt werden, ist die Relevanz für die Praxis miteinbezogen worden.

Die Gesundheit eines Menschen wird in den Fokus gestellt und vermittelt dadurch die Ansicht, den Menschen ganzheitlich zu betrachten und individuell im pädagogischen Prozess anzusetzen oder zu reagieren.

Das Reflektieren des sozialpädagogischen Handelns und der eigenen Verhaltens- und Denkweisen wird vor allem beim Thema Stigmatisierung besonders hervorgehoben. Es zeigt, dass dabei Stigmatisierungen entgegengewirkt wird und Ansätze für den Umgang damit erarbeitet werden.

Durch stetige Reflexion wird auch die eigene Rolle im institutionellen Kontext beleuchtet. Dies ist wichtig, auch im Zusammenhang mit dem Erkennen von strukturellen Stigmatisierungen. Somit wird die Möglichkeit geschaffen, im institutionellen Rahmen gegen Stigmatisierungen anzukämpfen und durch Mitsprache zu Änderungen oder Anpassungen gegen strukturelle Einschränkungen vorzugehen.

6.6 Reflexion der Ziele

Theorie

Komorbidität von Schizophrenie und Substanzstörung in ihrer wechselseitigen Beeinflussung aufzeigen.

Die Erklärungsmodelle (vgl. 3.5.1) der Störungsbilder beschreiben mögliche Theorien über deren Entstehung. Anhand dieser Modelle wird ein Verständnis gegenüber dem Menschen mit der jeweiligen Störung vermittelt. Die Erklärungsmodelle der komorbiden Störungen haben unterschiedliche Ansätze, wie sich die Störungen gegenseitig beeinflussen. Damit wird der Blickwinkel der Professionellen der Sozialpädagogik erweitert und zeigt, wo allenfalls therapeutisch angesetzt wird. Dies führt dann zu einer Vernetzungsarbeit. Generell sind wir jedoch der Meinung, dass die Erklärungsmodelle keine Auswirkungen auf die Arbeit der Sozialpädagogen oder -pädagoginnen haben dürfen, um den Menschen nicht auf die Störung zu reduzieren. Die Menschen mit psychischer Störung werden als die Experten ihrer eigenen Störung betrachtet. Jedoch geht jeder mit seiner Störung anders um und es ist hilfreich, Wissen über die Entstehung zu haben, um Interventionen zu planen und im Austausch mit den Menschen mit der psychischen Störungen Ziele zu erarbeiten.

Aufzeigen besonderer Merkmale von Schizophrenie und Substanzstörung.

Die ICD-10 Diagnosekriterien zeigen auf, welche Punkte erfüllt sein müssen, damit die Diagnose Schizophrenie oder Substanzstörung gestellt wird. Diese Punkte stellen besondere Merkmale dar, da sie die individuelle Wahrnehmung verzerren und das Leben massgebend einschränken.

Auch die Stigmatisierung sehen wir als ein besonderes Merkmal, denn sie führt zu Scham und schränkt somit den Hilfeprozess ein. Gleichzeitig wird die vorgegebene Rolle durch das vorherrschende Bild der Gesellschaft angenommen und es führt zu einer Selbststigmatisierung. Zusätzlich beinhaltet der institutionelle Rahmen strukturelle Stigmatisierung, so dass es beispielsweise zu einem Ausschluss aus der Institution führt. Die aufgelisteten Studien (vgl. 3.3.3 und 3.4.3) zeigen auch auf, dass Fachpersonen gegenüber den Störungsbildern Vorurteile haben, was die Selbststigmatisierung fördert. Es wurde jedoch nicht klar ersichtlich, welche genauen Vorurteile bei Fachpersonen bestehen.

Theoretische Ansätze im Umgang mit Menschen mit Schizophrenie und Substanzstörung für die Professionellen der Sozialpädagogik zusammentragen.

Die Erklärungsmodelle zur Komorbiden Störung beinhalten wichtige Faktoren, die im sozialpädagogischen Umgang zu beachten sind. Dieses Wissen ermöglicht es der Sozialpädagogik Handlungsansätze zu erarbeiten.

Zusätzlich gibt es die unterschiedlichen sozialpädagogischen Ansätze der jeweiligen Störungen zu beachten (vgl. 3.3.4 und 3.4.4). In einem weiteren Schritt haben wir diese

Ansätze mit Konzepten des betreuten Wohnens verbunden (vgl. 3.6.1 und 3.6.2). Im empirischen Teil lag der Fokus auf der Umsetzung dieser ausgearbeiteten Punkte in der Praxis.

Methodik

Anhand von Interviews und Beobachtungen werden unsere methodischen Kompetenzen erweitert.

Das Ziel zur methodischen Kompetenzerweiterung ist zufriedenstellend umgesetzt worden. In den Interviews wäre teils ein tieferer Einblick durch Folgefragen nötig gewesen, um weiterführende Informationen dazuzugewinnen.

Durch die grosse Anzahl an Kategorien und Codes, war die Forschung breit gefächert, jedoch eher oberflächlich. Auch dabei wäre eine tieferführende Umsetzung möglich gewesen.

Eines unserer Interviews fiel kurz aus, aufgrund des bereits formulierten besonderen Problems (vgl. 4.5), welches bei Interviews auftritt. Bei unserem Interview waren die kurzen Antworten sicherlich ausschlaggebend, dass die Fragen auch kurz und geschlossen formuliert wurden.

Da es den Sozialpädagoginnen überlassen wurde, welche Eins-zu-eins-Situation beobachtet wurde, waren die Situationen und die Länge der verschiedenen Beobachtungen sehr unterschiedlich. Dies erschwerte das Vergleichen der drei Beobachtungen.

Praxis

Sozialpädagogische Ansätze aus der Praxis im Umgang mit Menschen mit Schizophrenie und Substanzstörung im betreuten Wohnen zusammentragen.

Die sozialpädagogischen Ansätze aus den drei Institutionen sind in den Ergebnissen ersichtlich geworden. Es wurden verschiedene Ansätze bei der Prävention von Stigmatisierungen genannt, wie beispielsweise die transparente Kommunikation als Methode im Umgang mit der Komorbidität Schizophrenie und Substanzstörung.

Verbesserungsmöglichkeiten im Umgang des betreuten Wohnens wenn möglich aufzeigen.

Verschiedene Verbesserungsmöglichkeiten für die Praxis sind bereits im Kapitel Relevanz für die Praxis (vgl. 6.5) zusammengetragen. Es wird deutlich, dass dieses Ziel einen wichtigen Teil einnimmt, da diese Arbeit so praxisnah wie möglich aufgebaut wurde.

6.7 Begrenzungen und weiterführende Forschung

Diese Arbeit behandelt die Interprofessionelle Zusammenarbeit nicht, da dies den Rahmen sprengen würde. Dennoch hat sich in den Interviews und der Dokumentenanalyse ergeben, dass sie ein wesentlicher Faktor im Umgang mit Menschen mit komorbiden Störungen darstellt. Eine enge Zusammenarbeit mit externen Fachstellen ist zentral, denn die Komorbidität involviert mehrere Disziplinen. Eine Untersuchung mit unterschiedlichen interdisziplinären Blickwinkeln würde die Arbeit ausweiten und weitere Ansätze im Umgang mit Menschen mit Schizophrenie und Substanzstörung aufzeigen. Hier würde die Forschung auch vom betreuten Wohnen gelöst und verallgemeinert werden.

Die Forschungsmethoden wurden sinnvoll eingesetzt. In Interviews zeigt sich oftmals das theoretische Wissen der interviewten Person, wobei eine Beobachtung einen Einblick in die Praxis gewährt. Die Dokumentenanalyse sehen wir jedoch als Schwäche dieser Forschungsarbeit an. Der Zugang zu internen Dokumenten fehlte. Die Ergebnisse gaben deshalb Informationen, welche mehr als eine Grundlage der Forschungsmethoden dienten. In einer weiterführenden Forschung würden interne Dokumente offene Fragen klären.

Die Menschen mit einer Komorbidität Schizophrenie und Substanzstörung konnten durch die Kategorie Stigmatisierung in den Fokus gerückt werden. Es war wichtig, dass die Bewohnenden, trotz ihres Ausschlusses aus der Forschung, nicht aussen vorgelassen wurden. Jedoch hätte ein Einbezug in die Forschung vor allem spannende Einblicke in die Selbststigmatisierung gewährt.

Menschen mit Schizophrenie und Substanzstörung sind von Stigmatisierung in unterschiedlichen Bereichen betroffen. In einer weiteren Forschung wäre es spannend noch näher auf diese einzugehen.

Diese Arbeit fokussierte sich auf viele interessante Aspekte. Der Umfang hat jedoch nicht erlaubt, tiefer in die unterschiedlichen Kategorien einzugehen. In weiteren Untersuchungen könnte der Fokus auf nur eine Kategorie gelegt werden.

7 Literaturangaben

- Angermeyer, Matthias C. Matschinger, Herbert. Schomerus, Georg. «Attitudes towards psychiatric treatment and people with mental illness: changes over two decades». In: *The British Journal of Psychiatry*, 203: 2013. 146-151.
- Aydin, Nilüfer. Fritsch, Katrin. «Stigma und Stigmatisierung von psychischen Krankheiten». Fydrich, Thomas. Hilbert, Anja. Martin, Alexandra. Spitzer, Carsten. Strauss, Bernhard. Taubner, Svenja (Hrsg.). *Psychotherapeut*, Nr. 60. 2015. 245 – 25.
- Blaser, Martina. Amstad, Fabienne. «Psychische Gesundheit über die Lebensspanne». Bern, Lausanne: 2016. URL: https://gesundheitsfoerderung.ch/assets/public/documents/de/5-grundlagen/publikationen/psychische-gesundheit/berichte/Bericht_006_GFCH_2016-04_-_Psychische_Gesundheit_ueber_die_Lebensspanne.pdf. (20.10.2019).
- Baumeler, Marlis. Philipp, Pablo. «Herausfordernde Verhaltensweisen von Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen». Büschi, Eva, Calabrese, Stefania (Hrsg.). *Herausfordernde Verhaltensweisen in der Sozialen Arbeit*. Stuttgart: W. Kohlhammer GmbH, 2019. 151-173.
- Becken, Christoph. «Entgiftung: Der lange Weg aus der Abhängigkeit». In: *Das Pflege-magazin*. Göttingen: Springer Medizin. 2013. S58-61.
- Bickel, Warren K. Vuchinich, Rudy E. *Reframing Health Behavior Change With Behavioral Economics*. Mahwah, New Jersey, London: Lawrence Erlbaum Associates, Publishers, 2000.
- Bundesamt für Gesundheit. «Stigma – die zweite Krankheit». [online]. Bern: 2017. URL: <http://www.spectra-online.ch/spectra/themen/stigma-n-die-zweite-krankheit-630-10.html>. (23.09.2019).
- Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information. «ICD-10-GM Version 2018». [online]. Köln: 2017. URL: <https://www.dimdi.de/static/de/klassifikationen/icd/icd-10-gm/kode-suche/htmlgm2018/block-f10-f19.htm>. (18.7.2019).
- Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information. «ICD-10-WHO». [online]. Köln: 2018. URL: <https://www.dimdi.de/dynamic/de/klassifikationen/icd/icd-10-who/>. (12.7.2019).
- Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information. «Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit». [online]. 2012. Version 2005. URL: <https://www.dimdi.de/static/de/klassifikationen/icf/icfhtml2005/zusatz-02-vor-einfuehrung.htm>. (15.05.2019).
- Deutsche Suchthilfestatistik. «2.4.5 Vorliegende ICD-10 Diagnosen nach Substanzklassen (F10 – F19)». [online]. 2019. URL: <https://www.suchthilfestatistik.de/kds/online->

kds-manual/24-kds-f-konsummuster-und-suchtbezogene-problembereiche/245-icd-diagnosen-substanzklassen/. (13.05.2019).

Dümmler, Wiltrud. Sennekamp, Winfried. *Recovery im psychiatrischen Wohnheim. Chancen und Grenzen des Konzepts bei Menschen mit einer schizophrenen Erkrankung*. Freiburg: Centaurus Verlag & Media KG, 2013.

█. Leistungen. [online]. URL: █. (15.03.2020).

█. [online]. URL: █. (15.03.2020).

█. Werte. [online]. URL: █. (15.03.2020).

█. Auftrag und Angebot. [online]. URL █. (12.03.2020).

█ Aufnahme. [online]. URL: █. (12.03.2020).

█. Betreuung. [online]. URL: █. (12.03.2020).

█ Substitution. [online]. URL: █. (12.03.2020).

Flick, Uwe. *Sozialforschung. Methoden und Anwendungen*. 4. Aufl. Reinbek bei Hamburg: Rowohlt Taschenbuch Verlag, 2019.

Gage, Suzanne. Hickman, Matthew. Zammit, Stanley. «Association Between Cannabis and Psychosis: Epidemiologic Evidence». Bristol: 2016. URL: https://research-information.bristol.ac.uk/files/54173362/Gage_accepteduncorrected.pdf. (19.09.2019).

Gläser, Jochen. Laudel, Grit. *Experteninterviews und qualitative Inhaltsanalyse*. 4. Aufl. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften, 2019.

Gouzoulis-Mayfrank, Euphrosyne. «Psychotische Störungen und komorbide Suchterkrankungen». Walter, Marc. Gouzoulis-Mayfrank, Euphrosyne (Hrsg.). *Psychische Störungen und Suchterkrankungen. Diagnostik und Behandlung von Doppeldiagnosen*. Stuttgart: W. Kohlhammer GmbH, 2019. 113-114.

Güdel, Heike. «Herausfordernde Verhaltensweisen von suchtmittelabhängigen Menschen». Büschi, Eva, Calabrese, Stefania (Hrsg.). *Herausfordernde Verhaltensweisen in der Sozialen Arbeit*. Stuttgart: W. Kohlhammer GmbH, 2019. 64-90.

Gühne, Uta. Stein, Janine. Weinmann, Stefan. Becker, Thomas. Ridell-Heller, Steffi G. «Wohninterventionen für Menschen mit schweren psychischen Störungen – Internationale Evidenz aus RCTs». In: *Psychiat Prax*. [online]. 2017. 44(04). S. 194-205. URL: <https://www.thieme-connect.com/products/ejournals/html/10.1055/s-0042-118594>. (22.05.2019).

- Heinz, Andras. «Krankheit vs. Störung». In: *Der Nervenarzt*. [online]. Nr. 86. 2015. S.36-41. URL: <https://link.springer.com/article/10.1007/s00115-014-4108-5>. (23.3.2020).
- Heiser, Patrick. *Meilensteine der qualitativen Sozialforschung*. Wiesbaden: Springer Fachmedien Wiesbaden GmbH, 2018.
- Herriger, Norbert. *Empowerment in der Sozialen Arbeit. Eine Einführung*. 3. Aufl. Stuttgart: Kohlhammer GmbH, 2006.
- Herriger, Norbert. «Empowerment - Brückenschläge zur Gesundheitsförderung». Neuwied: Luchterhand-Verlag, 2002. URL: <https://www.empowerment.de/files/Materiale-2-Empowerment-Brueckenschlaege-zur-Gesundheitsfoerderung.pdf>. (13.12.2019).
- Holzer, Anna. «Die Stigmatisierung von schizophren Erkrankten». München: Medizinischen Fakultät der Ludwig-Maximilians-Universität, 2016. URL: https://edoc.ub.uni-muenchen.de/19637/1/Holzer_Anna.pdf. (20.10.2019).
- Khantzian, Edward J. «The Self-Medication Hypothesis of Substance Use Disorders: A Reconsideration and Recent Applications». In: *Harvard Review of Psychiatry*. United State: 1997.
- Keyes, Cores. «Mental Health as a Complete State: How the Salutogenic Perspective Completes the Picture». In: *Springer Science + Business Media Dordrecht*. 2014. URL: https://globalhealth.duke.edu/sites/default/files/event-attachments/mental_health_as_a_complete_state_-_keyes_2014.pdf. 179-192. (16.09.2019).
- Lindenmeyer, Johannes. «Motivationstheorie». Batra, Anil. Bilke-Hentsch, Oliver (Hrsg.). *Praxisbuch Sucht. Therapie der Suchterkrankungen im Jugend- und Erwachsenenalter*. Stuttgart, New York: Georg Thieme Verlag, 2012. 42-45.
- Link, Bruce. Cullen, Francis. Struening, Elmer. Shrout, Patrick. Dohrenwend, Bruce. «A Modified Labeling Theory Approach to Mental Disorders: An Empirical Assessment». [online]. 1989. URL: https://www.jstor.org/stable/2095613?origin=crossref&seq=1#page_scan_tab_contents. (27.09.2019).
- Loosen, Wiebke. „Das Leitfadeninterview - eine unterschätzte Methode.“ Averbek-Lietz, Stefanie. Meyen, Michael (Hrsg.). *Handbuch nichtstandardisierte Methoden in der Kommunikationswissenschaft*. Wiesbaden: Springer VS, 2015. 139-155.
- Nordt, Carlos. Rössler, Wulf. Lauber, Christoph. «Attitudes of Mental Health Professionals Toward People with Schizophrenia and Major Depression». [online]. Oxford: 2006. URL: <https://academic.oup.com/schizophreniabulletin/article/32/4/709/1934707>. (15.09.2019).
- Mayring, Philipp. *Qualitative Inhaltsanalyse Grundlagen und Techniken*. 12. Aufl. Weinheim, Basel: Beltz Verlag, 2015.
- Medizininfo. «Phasen der Abhängigkeit». [online] URL: <http://www.medizininfo.de/sucht/sucht/phasen.shtml>. (13.10.2019).

- Moggi, Franz. Walter, Marc. Gouzoulis-Mayfrank, Euphrosyne (Hrsg.). *Psychische Störungen und Suchterkrankungen. Diagnostik und Behandlung von Doppeldiagnosen*. Stuttgart: W. Kohlhammer GmbH, 2019. 34-44.
- Moggi, Franz. Donati, Ruth. *Psychische Störungen und Sucht: Doppeldiagnosen*. Göttingen: Hogrefe, 2004.
- Rüsch, Nicolas. Berger, Mathias. Finzen, Asmus. Angermeyer, Matthias. «Das Stigma psychischer Erkrankungen – Ursachen, Formen und therapeutische Konsequenzen» 2004. URL: http://www.berger-psychische-erkrankungen-klinik-und-therapie.de/ergaenzung_ruesch.pdf. (13.09.2019).
- Schomerus, Georg. Bauch, Alexandra. Elger, Bernice. Evans-Lacko, Sara. Frischknecht, Ulrich. Klingemann, Harald. Kraus, Ludwig. Kostrzewa, Regina. Rheinländer, Jacob. Rummel, Christina. Schneider, Wiebke. Speerforck, Sven. Stolzenburg, Susanne. Sylvester, Elke. Tremmel, Michael. Vogt, Irmgard. Williamson, Laura. Heberlein, Annemarie. Rumpf, Hans-Jürgen. «Das Stigma von Suchterkrankungen verstehen und überwinden». Greifswald: 2017. URL: http://eprints.lse.ac.uk/86580/1/Evans-Lacko_Stigma%20von%20Suchterkrankungen_2018.pdf. (22.09.2019).
- Schuler, Daniela. Tuch, Alexandre. Buscher, Nathalie. Camenzind, Paul. «Psychische Gesundheit in der Schweiz». Neuchâtel: 2016. URL: https://www.obsan.admin.ch/sites/default/files/publications/2016/obsan_72_bericht_2.pdf. (20.12.2019).
- Schweizerische Eidgenossenschaft. «Weltgesundheitsorganisation – WHO». [online]. 2019. URL: https://www.eda.admin.ch/deza/de/home/partnerschaften_auftraege/multilaterale-organisationen/uno-organisationen/who.html. (15.08.2019).
- Sohns, Armin. «Empowerment als Leitlinie Sozialer Arbeit». Michel-Schwartz, Brigitta. *Methodenbuch Soziale Arbeit*. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften, 2007. 73 – 101.
- Stieglitz, Rolf-Dieter. „Psychiatrische Klassifikationssysteme und Komorbidität.“ Walter, Marc. Gouzoulis-Mayfrank, Euphrosyne (Hrsg.). *Psychische Störungen und Suchterkrankungen. Diagnostik und Behandlung von Doppeldiagnosen*. Stuttgart: W. Kohlhammer GmbH, 2019. 21-31.
- Suchtpräventionsstelle. «Stigmatisierung. Zum Umgang mit Risiken und Nebenwirkungen der Suchtprävention». Zürich: 2012. URL: https://www.npg-rsp.ch/fileadmin/npg-rsp/Themen/Fachthemen/Suchtpraeventionsstelle_Stadt_ZH_2012_Stigma.pdf. (13.09.2019).
- Thaler, Tilman. *Methodologie sozialpädagogischer Forschung*. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften, 2013.
- Tranberg, Jakob. «Schizophrenie». [online]. 2015. URL: <https://www.lundbeck.com/ch/de/krankheiten/psychosen/schizophrenie>. (05.10.2019).

Wartmann, Lukas. Hartmann-Riemer, Matthias. Dinevski, Natascha. Siemerker, Jakob. Fröbel, Rahel. Seifritz, Erich. Jäger, Matthias. «Bedürfnisse und Lebenszufriedenheit von Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen und Betreuungsbedarf beim Wohnen». In: *Neuropsychiatrie*. 28. Mai 2018. [online]. S.25-34. URL: <https://link.springer.com/article/10.1007/s40211-018-0275-0>. (13.09.2019).

Weltgesundheitsorganisation. «Verfassung der Weltgesundheitsorganisation». New York: 2014. URL: <https://www.admin.ch/opc/de/classified-compilation/19460131/201405080000/0.810.1.pdf>. (23.10.2019).

Wobrock, Thomas. Pajonk, Frank-Gerald. D'Amelio, Roberto. Falkai, Peter. «Schizophrenie und Sucht». In: *psychoneuro*. [online]. 2005. Volume 31. Nr.9.S.433-440. URL: <https://www.thieme-connect.com/products/ejournals/html/10.1055/s-2005-919171>. (13.05.2019).

██████████. Leitbild. [online]. s.d. URL: ██████████
██████████ (06.04.2020)

Zentralinstitut für Seelische Gesundheit. «schizophrene Psychosen». Mannheim. URL: https://www.zi-mannheim.de/fileadmin/user_upload/downloads/lehre/flyer/Flyer-Schizophrene_Psychosen.pdf. (05.04.2019).

8 Abbildungsverzeichnis

Abb. 1: Eigene Darstellung basierend auf Keyes dualen Kontinuitätsmodell (2014)

Keyes, Cores. «Mental Health as a Complete State: How the Salutogenic Perspective Completes the Picture». In: *Springer Science+Business Media Dordrecht*. 2014. URL: https://globalhealth.duke.edu/sites/default/files/event-attachments/mental_health_as_a_complete_state_-_keyes_2014.pdf. 179-192. (08.01.2020).

Abb. 2: Das bio-psycho-sozial Modell der Komponenten der Gesundheit (2002, DIMDI)

Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information (Hrsg.). «Das bio-psycho-sozial Modell der Komponenten der Gesundheit. » In: *ICF*. [online]. Köln: 2002. URL: <https://www.dimdi.de/dynamic/de/klassifikationen/icf/>. (12.10.2019).

Abb. 3: Das Vulnerabilitäts-Stress-Modell (2008, online)

Krug, Walter. «Anforderungen an die Qualität beruflicher Erstausbildung bei jungen Menschen mit psychischen und Mehrfachstörungen». In: *Berufs- und Wirtschaftspädagogik*. [online]. Aufl. 4. Sept. 2008. URL: https://www.bwpat.de/ht2008/ft12/krug_ft12-ht2008_spezial4.shtml

Abb. 4: Attitudes towards psychiatric treatment and people with mental illness: changes over two decades (2013, online)

Angemeyer, Matthias C. Matschinger, Herbert. Schomerus, Georg. «Attitudes towards psychiatric treatment and people with mental illness: changes over two decades». In: *BJ Psych. The British Journal of Psychiatry*. [online]. 203. 2013. S.146-151. URL: https://www.cambridge.org/core/services/aop-cambridge-core/content/view/0918ABF17D6C176F8D9BB3EBCE183CEC/S000712500006757Xa.pdf/attitudes_towards_psychiatric_treatment_and_people_with_mental_illness_changes_over_two_decades.pdf. (11.05.2020).

Abb. 5: Lebensführungssystem, nach Sommerfeld, Hollenstein, Calzaferri (2011, online)

Hollenstein, Lea. Sommerfeld, Peter. Calzaferri, Raphael. «Lebensführungsmodell». In: *Integration und Lebensführung*. [online]. 2011. URL: <http://www.soziale-diagnostik.ch/konzept-integration-und-lebensfuehrung>. (20.10.2019).

Abb. 6: Attitudes towards psychiatric treatment and people with mental illness: changes over two decades (2013, online)

Angemeyer, Matthias C. Matschinger, Herbert. Schomerus, Georg. «Attitudes towards psychiatric treatment and people with mental illness: changes over two decades». In: *BJ Psych. The British Journal of Psychiatry*. [online]. 203. 2013. S.146-151. URL: <https://www.cambridge.org/core/services/aop-cambridge-core/content/view/0918ABF17D6C176F8D9BB3EBCE183CEC/S000712500006757Xa.p>

df/attitudes_towards_psychiatric_treatment_and_people_with_mental_illness_changes_over_two_decades.pdf. (11.05.2020).

Abb. 7: Verhaltensökonomisches Motivationsmodell nach Vulchinich (2012)

Lindenmeyer, Johannes. «Motivationstheorie». Batra, Anil. Bilke-Hentsch, Oliver (Hrsg.). *Praxisbuch Sucht. Therapie der Suchterkrankungen im Jugend- und Erwachsenenalter*. Stuttgart, New York: Georg Thieme Verlag, 2012. 46.